

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**TÜRKİYE’DE BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILARA
YÖNELİK KURUMSAL SOSYAL HİZMETLERİN
İNSANİLEŞTİRİLMESİ (BİR (MODEL ÖNERİSİ)**

LALE VURGUN

2502050118

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MUSTAFA DELİCAN

İSTANBUL - 2017



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



DOKTORA
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : LALE VURGUN

Numarası : 2502050118

Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE
ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ

Danışmanı : PROF. DR. MUSTAFA DELİCAN

Tez Savunma Tarihi : 14.06.2017

Saati : 15.00

Tez Başlığı : TÜRKİYE'DE BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILARA YÖNELİK KURUMSAL SOSYAL
HİZMETLERİN İNSANİLEŞTİRİLMESİ: BİR MODEL ÖNERİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE / YETERLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. MUSTAFA DELİCAN		Kabul
2- PROF. DR. SÜLEYMAN ÖZDEMİR		KABUL
3- PROF. DR. SEDAT MURAT		Düzeltilme
4- PROF. DR. SAMİ ŞENER		KABUL
5- DOÇ. DR. YUSUF GENÇ		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. ABDÜLKADİR ŞENKAL		
2- DOÇ. DR. MELTEM DELEN		

ÖZ

TÜRKİYE’DE BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILARA YÖNELİK KURUMSAL SOSYAL HİZMETLERİN İNSANİLEŞTİRİLMESİ (BİR MODEL ÖNERİSİ)

LALE VURGUN

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de bakıma muhtaç yaşlılara yönelik sunulan kurumsal bakım hizmetleri bağlamında bir model önerisi ortaya koymaktır. Bundan dolayı; genel olarak dünyada, özelde ise Türkiye’de yaşlılık ve yaşlanma konusu incelenmiş ve gelecekte meydana gelebilecek dönüşümler ile yansımalar üzerinde durularak değişen ihtiyaçlar araştırılmıştır. Bakıma muhtaçlık, yaşlanma teorileri, bakım modelleri, kurumsal bakım hizmet türleri ve dünyadaki uygulamalar bu çerçevede incelenmiştir.

Çalışmada literatür taraması ve alan araştırması ile veriler elde edilmiştir. Veriler anket yoluyla Türkiye’deki HYBRM’inde müdür ve müdür yardımcısı olarak görev yapan personelin çalıştıkları kurumların Güçlü yanları, Zayıflıkları, Fırsatları/Olanakları ve Tehditleri/Tehlikeleri hakkındaki görüşleri alınmak suretiyle derlenmiştir. Ayrıca GZFT Analizi çözümlemeleri ve uygulamalarının, etkinliğini arttırmak amacıyla “A’wot Tekniği”nden de faydalanılmıştır.

Veriler nicel ve nitel açıdan analiz edilerek yeni bir model önerisi oluşturulmuş ve modelin uygulanabilirliği incelenmiştir. Modelde kurumsal hizmetlerin verilmesinde tıbbi bakım, sosyal bakım ve manevi bakım birlikte değerlendirilmiş yaşlı bireyin bio-psiko-sosyal ve manevi ihtiyaçları doğrultusunda model oluşturulmuştur. Modelde insan odaklı bir yaklaşım geliştirilmeye çalışılmış; yaşlı nüfusun özellikleri belirlenerek, farklı yaşlı grupları için ihtisaslaşmış kuruluşlara ihtiyaç olduğundan hareketle bu ihtiyaçları giderecek şekilde tasarlanmış olmasının yanı sıra bakım merkezlerinde personelin niteliğinin, niceliğinin verilecek hizmetleri karşılayabilecek ölçekte olması yaşlı bakımının kalitesini niteliksel açıdan olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Yaşlanma, Bakıma Muhtaçlık, Kurumsal Bakım Hizmetleri.

ABSTRACT

HUMANIZATION OF CORPORATE SOCIAL SERVICES FOR ELDERLY IN TURKEY (ONE MODEL RECOMMENDATION)

LALE VURGUN

The purpose of the study is to offer a model in the context of organizational care works for elderly in need of care in Turkey. Considering changing population dynamics in general in the World and in particular in Turkey; in the study being elderly and current status of aging are examined and changing needs are determined emphasizing transformations and reflections which may occur in future in accordance with available data. Being in need of care, aging theories, care models, organizational care services types and applications in the world are discussed in this framework.

In the study, data were obtained through literature scanning and field research. Data were collected through surveys from directors and deputy directors working in HYBRMs in Turkey based on their opinions about strength, weakness, opportunities/facilities and threats/dangers faced by their organizations. Moreover “A”wot technique was utilized to enhance effectiveness of GZFT analysis solutions and applications

Data in this study were analyzed quantitatively and qualitatively and a new model was proposed and applicability of this model is examined. In the model medical care, social care and spiritual care were assessed together and the model was formed in accordance with bio-psycho-social and spiritual needs of elderly people. A human centered approach was developed in the model: characteristics of the elderly people were determined and it was emphasized that institutions specialized in various age groups are needed and in care centers designed to satisfy such needs qualification, quantity and capability of staff delivering such services in care center may affect quality of elderly care positively.

Key words: Elderliness, Aging, Need for care, Organizational Social Service

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLANMA, YAŞLILIK, YAŞLANMA TEORİLERİ VE DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRME

1.1. Yaşlanma Kavramı – İçeriği ve Önemi.....	7
1.1.1. Yaşlılık ve Yaşlılık Türleri.....	7
1.1.1.1. Kronolojik Yaşlanma.....	7
1.1.1.2. Fizyolojik Yaşlanma.....	8
1.1.1.3. Psikolojik Yaşlanma.....	11
1.1.1.4. Sosyal Yaşlanma.....	11
1.2. Yaşlılık.....	12
1.3. Yaşlılıkta Psiko- Sosyal ve Fizyolojik Süreçler.....	14
1.3.1. Emeklilik ve Yaşlanma.....	14
1.3.2. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon.....	16
1.3.3. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Gerileme.....	17
1.3.4. Ölüm Korkusu.....	18
1.3.5. Depresyon	19
1.3.6. Kişilik Değişikliği ve Alınganlık.....	20
1.4. Yaşlanma Teorileri.....	20
1.4.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri.....	21
1.4.1.1. Serbest Radikal Teorisi	22

1.4.1.2. Somatik Mutasyon Teorisi.....	23
1.4.1.3. Hücre Ölümü ve Hücre Yaşlanması Teorisi.....	23
1.4.1.4. Kullanmaya Bağlı Eskime Teorisi.....	24
1.4.1.5. İmmünolojik ve Hormonal Teori.....	24
1.4.1.6. Ölümcül Hata Teorisi.....	25
1.4.2. Toplumsal Yaşlanma Teorileri	25
1.4.2.1. Yaşamdaki Geri Çekilme Teorisi.....	26
1.4.2.2. Aktivite Teorisi.....	29
1.4.2.3. Rol Bırakma Teorisi.....	29
1.4.2.4. Süreklilik Teorisi.....	29
1.4.2.5. Sosyal Çöküş Teorisi.....	30
1.4.2.6. Sosyo-Çevresel Teori.....	31
1.4.2.7. Yaşam Rotası Yaklaşımı.....	31
1.5. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi.....	32
1.5.1. Tarihsel Gelişim.....	34
1.5.2. Yaşlanma Modelleri.....	35
1.5.2.1. Baltes Modeli.....	35
1.5.2.2. Pfeiffer Modeli.....	36
1.5.2.3. Rowe ve Kahn Modeli.....	37
1.6. Yaşlanmanın Demografik Boyutu.....	39
1.6.1. Dünya Geneline Yaşlanma	39
1.6.2. Avrupa Kıtasında Yaşlanma.....	41
1.6.3. Türkiye’de Yaşlanma	44

İKİNCİ BÖLÜM

BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILIK, BAKIMA MUHTAÇLIK

SINIFLANDIRMASI ve KURUMSAL YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

2.1. Bakıma Muhtaç Yaşlılık	48
2.2. Bakıma Muhtaçlık Durumuna Göre Sınıflandırma	52
2.3. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler	53
2.3.1. Dış Görünüş	54
2.3.2. Duyu Organları.....	55

2.3.3.Uyku Bozuklukları	55
2.3.4.Öğrenme ve Hatırlama Güçlüğü	56
2.3.5.Performans Kaybı	56
2.4. Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlığa Yol Açan Hastalıklar ve Geriatrik Sendromlar	57
2.4.1.Bunama (Demans)	58
2.4.2. Alzheimer	59
2.4.3. Parkinson Hastalığı	61
2.4.4. Multiple Skleroz	63
2.4.5. Osteoporoz	65
2.4.6. Kanser	66
2.4.7. Kontraktür (Kasılma)	68
2.4.8. Felç	70
2.4.9. Dekubitus Ülserleri	71
2.4.2.10. İnkontinans.....	73
2.4.11. Malnütrisyon	73
2.4.12. Düşmeler (Fall/Falls)	73
2.4.13. Kırılganlık (Frailty).....	74
2.5. Yaşlı Bakım Hizmetleri.....	74
2.5.1. Tıbbi Bakım Hizmetleri	78
2.5.1.1. Geriatri Kaynaklı Hemşirelik Bakım Modeli (GNR).....	79
2.5.1.2. Geriatrik Sendrom Yönetim Modeli.....	80
2.5.1.3. Yaşlılar İçin Akut Bakım Modeli (ACE)	80
2.5.1.4.Leininger Modeli	81
2.5.1.5. Campinha-Bacote Modeli	81
2.5.1.6. Nanda – Reaksiyon Modeli	82
2.5.2. Sosyal Bakım Hizmetleri	82
2.5.2.1. ATL Modeli (Juchli Modeli).....	84
2.5.2.2. AEDL Modeli (Krohinkel Modeli).....	85
2.5.2.3. Davranış Kalıpları Modeli (Gordon Modeli)	86
2.5.3. Manevi Bakım Hizmetleri	87
2.5.4. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	90

2.6. Bakım Hizmetlerinin Gelişimi.....	91
2.7. Kurumsal Bakım Hizmet Çeşitleri.....	93
2.7.1. Kısmi Kurumsal Bakım Hizmetleri.....	95
2.7.2. Kısa Süreli Kurumsal Bakım Hizmetleri	95
2.7.3. Kurumsal Bakım Hizmetleri.....	96

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILIK ve KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ

3.1. Uluslararası Belgelerde Genel Çerçeve	98
3.2. Dünya’da Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri	99
3.2.1. ABD’de Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Sosyal Hizmetler.....	101
3.2.2.Japonya’da Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri.....	106
3.2.3. AB Ülkelerinde Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri	108
3.2.3.1. Birleşik Krallık	109
3.2.3.2. Almanya	115
3.2.3.3. İsveç (Kuzeydeki oluşum İskandinav modele örnek)...117	
3.3. Türkiye’de Kurumsal Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim.....	121
3.4. Türkiye’deki Yasal Düzenlemelerde Yaşlılar ve Kurumsal Yaşlı Bakım Hizmetleri.....	125
3.4.1.Yasal Düzenlemeler	126
3.4.2. Kurumsal Bakım Hizmetleri.....	129
3.4.2.1. Örgütlenme Biçimi	134
3.4.2.2. Fiziki Durum	135
3.4.2.3. Personel Yapısı	138
3.4.2.4. Sunulan Hizmetler Açısından Değerlendirme	140
3.4.2.4.1. Sağlık Hizmetleri	140
3.4.2.4.2.Beslenme.....	142
3.4.2.4.3.Sosyal Faaliyetler.....	143

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KURUMSAL YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUM AÇISINDAN YETERLİLİK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ ve MODEL ÖNERİSİ

4.1. Amaç.....	144
4.2. Verilerin Toplanması.....	145
4.3. Yöntem.....	145
4.4. Kuruluşlar Hakkında Bilgi.....	148
4.5. Bulguları ve Yorumlar.....	150
4.5.1.Güçlü Yönler Kategorisi Alt Boyutları Karşılaştırma.....	151
4.5.1.1.Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları.....	152
4.5.1.2.Fiziksel Koşullar, Tefrişat Boyutu ve Alt Boyutları....	154
4. 5.1.3.Sağlık Hizmeti Sunum Boyutu ve Alt Boyutları.....	155
4.5.1.4.Personel Nitelik, Nicelik Boyutu ve Alt Boyutları.....	156
4.5.1.5.Hizmet Anlayışı Boyutu ve Alt Boyutları.....	157
4.5.2. Zayıf Yönler Kategorisi Alt Boyutlar Karşılaştırması.....	158
4.5.2.1. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları.....	160
4.5.2.2.Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları.....	161
4.5.2.3.Personel Nitel, Nicel Durum Boyutu ve Alt Boyutları.....	162
4.5.2.4. Farklı Yaşlı Grupları Boyutu ve Alt Boyutları	163
4.5.2.5. Yaşlılık Boyutu ve Alt Boyutları.....	165
4.5.3 Fırsatlar Kategorisi Alt Boyutlar Karşılaştırması.....	171
4.5.3.1. Hizmet, Yöntem, Anlayış Boyutu Alt ve Alt Boyutları	167
4.5.3.2. Benzer Özellikteki Yaşlılar Boyutu ve Alt Boyutları...	168
4.5.3.3. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları.....	169
4.5.3.4. Sağlık Hizmet Sunumu Boyutu ve Alt Boyutları.....	170
4.5.3.5. Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları	171
4.5.4.Tehditler Kategorisi Alt Boyutlarının Karşılaştırması.....	172
4.5.4.1. Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları.....	174
4.5.4.2. Yaşlılık Boyutu ve Alt Boyutları.....	175

4.5.4.3. Personel Nitelik, Nicelik Boyutu ve Alt Boyutları.....	176
4.5.4.4. Hizmetin Ayrışmaması Boyutu ve Alt Boyutları.....	177
4.5.4.5. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları	178
4.5.5. GZFT Boyutlarının Kendi Aralarında Karşılaştırılması.....	179
4.6. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Bir Model Önerisi.....	182
4.6.1. Modelin Unsurları	182
4.6.1.1. Yasal Çerçeve	182
4.6.1.2. Örgütlenme Biçimi	192
4.6.1.3. Çevre Şartları	193
4.6.1.4. Fiziksel Yapı	194
4.6.1.5. Personel Yapısı	195
4.6.1.6. Hizmet Sunumunda Bütüncül Yaklaşım	197
4.6.1.6.1. Sağlık Hizmetl.....	202
4.6.1.6.2. Beslenme Hizmetleri	204
4.6.1.6.3. Sosyo- Kültürel Faaliyetler	206
4.6.1.6.4. Manevi Bakım Hizmetleri	206
4.6.1.6.5. Rehabilitasyon Hizmetleri	208
4.6.2. Modelin Yapısı.....	210
SONUÇ.....	213
KAYNAKÇA.....	224
ÖZGEÇMİŞ.....	265

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: AB 28 ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Cinsiyete Göre Doğumla Beklenen Yaşam Süreleri, 2014.....	42
Tablo 2: Türkiye’de Toplam Nüfusun Yıllara Göre Projeksiyonları.....	44
Tablo 3: Türkiye’de Yaşa Göre Nüfus Projeksiyonu, (2013-2075).....	44
Tablo 4: DSM-IV Boyutların Göre Alzheimer Tipi Demans.....	61
Tablo 5: Osteoporoz İçin Risk Faktörleri.....	66
Tablo 6: Yaşlının Kendini Gerçekleştirme Kıstasları.....	100
Tablo 7: İngiltere’de Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler.....	110
Tablo 8: Türkiye’de Huzurevlerinin Sayısal ve Kapasite Olarak Dağılımı 2012-2013.....	131
Tablo 9: Huzurevi Türüne Göre Huzurevlerinin Sayısı, Kapasitesi ve Bakılan Kişilerin Sayısı, 2015.....	131
Tablo 10: Önem Skala Değerleri ve Tanımları.....	147
Tablo 11: RI (Random Gösterge) Değerleri.....	148
Tablo 12: Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Personelinin Sayısı ve Kariyer Dağılımı.....	149
Tablo 13: GZFT Matrisi.....	150
Tablo 14: Güçlü Yönler İçin Karşılaştırma Matrisi.....	151
Tablo 15: Güçlü Yönler Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler.....	151
Tablo 16: Güçlü Yönler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları.....	153
Tablo 17: Güçlü Yönler Boyutu: Fiziksel Koşullar, Tefrişat ve Alt Boyutları.....	154
Tablo 18: Güçlü Yönler Boyutu: Sağlık Hizmeti Sunumu ve Alt Boyutları.....	155
Tablo 19: Güçlü Yönler Boyutu: Personel Nitelik, Nicelik ve Alt Boyutları.....	156
Tablo 20: Güçlü Yönler Boyutu: Hizmet Anlayışı ve Alt Boyutları.....	157
Tablo 21: Zayıf Yönler Boyutu İçin Karşılaştırma Matrisi.....	158
Tablo 22: Zayıf Yönler Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler.....	158
Tablo 23: Zayıf Yönler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları.....	160
Tablo 24: Zayıf Yönler Boyutu: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları.....	161
Tablo 25: Zayıf Yönler Boyutu: Personel Nitel, Nicel Durum ve Alt	

Boyutları.....	162
Tablo 26: Zayıf Yönler Boyutu: Farklı Yaşlı Grupları ve Alt Boyutları.....	163
Tablo 27: Zayıf Yönler Boyutu: Yaşlılık ve Alt Boyutları.....	164
Tablo 28: Fırsatlar Boyutu İçin Karşılaştırma Matrisi.....	165
Tablo 29: Fırsatlar Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler.....	166
Tablo 30: Fırsatlar Boyutu: Hizmet, Yöntem, Anlayış ve Alt Boyutları.....	167
Tablo 31: Fırsatlar Boyutu: Benzer Özellikteki Yaşlılar ve Alt Boyutları.....	168
Tablo 32: Fırsatlar Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları.....	169
Tablo 33: Fırsatlar Boyutu: Sağlık Hizmet Sunumu ve Alt Boyutları.....	170
Tablo 34: Fırsatlar Boyutu: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları.....	171
Tablo 35: Tehditler Boyutu İçin Karşılaştırma Matrisi.....	172
Tablo 36: Tehditler Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler.....	173
Tablo 37: Tehditler Boyutu: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları.....	174
Tablo 38: Tehditler Boyutu: Yaşlılık ve Alt Boyutları.....	175
Tablo 39: Tehditler Boyutu: Personel Nitelik, Nicelik ve Alt Boyutları.....	176
Tablo 40: Tehditler Boyutu: Hizmetin Ayrışmaması ve Alt Boyutları.....	172
Tablo 41: Tehditler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları.....	178
Tablo 42: GZFT Boyutları İçin Karşılaştırma Matrisi.....	179
Tablo 43: GZFT Boyutları İçin Belirleyici Ölçütler.....	179
Tablo 44: GZFT Boyutlarının Genel Değerlendirmesi.....	180

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: AB 28 Ülkeleri Nüfus Piramitleri 2001-2015 (Toplam Nüfusun Yüzdesi).....	42
Şekil 2: AB 28 Ülkeleri 2015- 2080 Nüfus Projeksiyonuna Göre Nüfus Piramitleri (Toplam Nüfusun Yüzdesi).....	43
Şekil 3: Türkiye Nüfus Piramitleri (1935 – 2000).....	45
Şekil 4: Türkiye Nüfus Piramidi (2015).....	46
Şekil 5: Güçlü Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği.....	152
Şekil 6: Zayıf Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği.....	159
Şekil 7: Fırsatlar İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği.....	166
Şekil 8: Tehditler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği.....	173
Şekil 9: GZFT Boyutları İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği.....	179
Şekil 10: Türkiye’de Bakıma Muhtaç Yaşlılara Dönük Kurumsal Bakım Hizmetleri Genel Çerçevesi.....	201
Şekil 11: Kurumsal Bakım Hizmetlerinde Örgütlenme Biçimi.....	210
Şekil 12: Bakım Hizmetlerinde Bütüncül Yaklaşım.....	212

KISATLMALAR LİSTESİ

AB	:	Avrupa Birliği
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	:	Yaşlılar İçin Akut Bakım Modeli
ADNKS	:	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AEDL Modeli	:	13 Aktivite ve Hayati Önem Arz eden Tecrübeler Odaklı Bakım Modeli /13
AHP	:	Analitik Hiyerarşi Süreci
ASPB	:	Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
ASAGEM	:	Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
ATHGM	:	Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ATL Modeli	:	Günlük Hayata Ait 12 Aktivite Modeli
DİE	:	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	:	Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)
DIW	:	Alman Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü
EGYA	:	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
EU	:	Avrupa Birliği (European Union)
EUROSTAT	:	Avrupa İstatistik Kurumu (European Community Statistical Office)
EYHGM	:	Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
GNR	:	Geriatrı Kaynaklı Bakım (Geriatric Nursing Care)
GYA	:	Günlük Yaşam Aktiviteleri
GZFT	:	Güçlü, Zayıf, Fırsat, Tehdit
HKB	:	Hafif Kognitif Bozukluk
HÜNEE	:	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
HYBRM	:	Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

ICF	:	Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması (World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health)
İBB	:	İstanbul Büyükşehir Belediyesi
KKMM	:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KHK	:	Kanun Hükmünde Kararname
MS	:	Multiple Skleroz
MCI	:	Hafif Kognitif Bozukluk (Mild Cognitive Impairment)
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı
MIPAA	:	Uluslararası Madrid Yaşlanma Eylem Planı (Madrid International Plan of Action on Ageing)
NANDA	:	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association)
NADSA	:	Erişkin Gündüz Servisleri Derneği (National Adult Day Services Association)
NINCSDS-ADRA	:	Ulusal Nörolojik ve Konuşsal Bozukluklar ve İnme-Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Bozukluklar Derneği Alzheimer Boyutları (<u>National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association</u> Alzheimer Boyutları)
NHS	:	Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service)
ÖZİDA	:	Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	:	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SWOT	:	Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	:	Türkiye Sanayiciler ve İş Adamları Derneği
UNIC	:	Birleşmiş Milletler Enformasyon Merkezi (United Nations Information Centre)

UNDESA	:	Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Başkanlığı (United Nations Department of Economic and Social Affairs)
UN	:	Birleşmiş Milletler (United Nations)
USA	:	Amerika Birleşik Devletleri (United States of America)
UK	:	Birleşik Krallık (United Kingdom)

GİRİŞ

20. Yüzyılda başlayan ve içinde bulunduğumuz 21. Yüz yüzyılın ilk on yıllarında özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artan şekilde kendini gösteren nüfusun yaşlanma olgusu temel sosyal problemlerden biri haline gelmeye başlamıştır. Bu nedenle yaşlanma, sosyal politikanın güncel konuları içinde öne çıkma eğilimi göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, 9 Nisan 2002 tarihli basın bülteninde, dünyada demografik bir değişim yaşandığını, 60 yaş ve 60+ nüfusun diğer yaş gruplarına göre çok daha hızla arttığını ifade etmiştir. Tıp ve teknoloji alanında yaşanan gelişmelerle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Bir taraftan beklenen yaşam süresi artarken öte yandan sanayileşme ve kentleşmeye paralel olarak, doğum oranları azalmakta dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır. Türkiye’de de ekonomik gelişme ve refah arttıkça değişen sosyo-ekonomik yapının bir sonucu olarak yaşlanma problemi ile karşı karşıya kalınmaktadır.

Tezde görüleceği üzere toplumlar; yaş özellikleri bakımından genç toplumlar, erişkin toplumlar, yaşlı toplumlar ve çok yaşlı toplumlar olmak üzere dörde ayrılırlar. Genç toplumlarda 65 ve 65+ nüfus %4’ten az iken, erişkin toplumlarda %4-7 arasındadır. Yaşlı toplumlarda %7-10 arasında olmakta iken çok yaşlı toplumlarda ise %10’un üzerindedir (Akozer, Nuhrat ve Say, 2011:104.) TÜİK’in 2016 yılı verilerine göre, Türkiye’de 79 milyon 814 bin 871 kişi yaşamakta olup 65 ve 65+ nüfus 6.651.503 kişiye ulaşmış durumdadır. Öte yandan TÜİK’in 2015 nüfus projeksiyonlarına göre; 65 ve 65+ nüfus yaklaşık olarak, 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu duruma göre, Türkiye nüfusunun erişkin toplum olma özelliğinin yaşlı toplum olma özelliğiyle yer değiştirdiği ve çok yaşlı toplum olmaya doğru bir değişimden de bahsetmenin yerinde olduğunu göstermektedir.

Türkiye’nin demografik yapısında ki değişim yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına göre nitelik ve nicelik açısından planlanarak sunulmasını gerekli hale getirmektedir. Bunlarla birlikte yaşlı bakım hizmetlerinde sağlıklı ve kaliteli yaşam ile fonksiyonel bağımsızlık düzeyi artmış bir yaşlılık dönemini yaşamasını sağlayabilmek için yaşlının yaşamının bu döneminde

psiko -sosyal ve manevi açıdan uyumuna katkı sağlayacak destek mekanizmalarının geliştirilerek hizmet verilmesi önem kazanmaktadır.

Türkiye’de hanelerin %5,3’ünde sürekli bakıma muhtaç yaşlı mevcuttur. Ayrıca kırsal bölgelerde bulunan hanelerde sürekli bakıma muhtaç yaşlı oranı %8 iken kentlerdeki hanelerde ise sürekli bakıma muhtaç yaşlı oranı %4’tür (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Yapısı Araştırması, 2006: 3). Bu veriye göre bakıma muhtaç yaşlıların bakımı kırsal alanda hâlihazırda aile içinde tolere edilebilmektedir. Ancak önümüzdeki yıllarda kentlerdeki yaşlı nüfus oranının da artması sonucu şehirde çekirdek aile içinde bu yaşlıların bakılması mümkün olamayacağından kurumsal bakıma çok daha fazla ihtiyaç doğacaktır.

Yaşlılara yönelik sosyal politika ihtiyaçlarının gerekçelerini demografik, ekonomik faktörler ve aile yapısındaki dönüşümler, sosyal devlet ilkesi ve insani gerekçeler olarak sınıflandırmak mümkündür. Kurumsal bakım hizmetlerinin sosyal politika ile olan organik ilişkisini de göz önünde bulundurulduğunda önerilebilecek her türlü yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili modellerin de aynı gerekçelerden beslenerek oluşturulması insan odaklı bir yaklaşımı içermektedir.

Türkiye’de değişen demografik yapı içinde yaşlı nüfusun artmasının yanı sıra ortalama ömür uzamakta, uzun yıllar yaşayan bireyin bakım ihtiyacı ciddi boyutlara varmaktadır. Bu durum kurumsal hizmetlerin yeterliliğinin belirlenmesini ve sunulan hizmetlerin iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bakım hizmetlerinde yasal alt yapı, örgütlenme biçimi, fiziksel alt yapı, personel ve hizmet sunumu açısından belli bir standardın ortaya konulması hizmet alan bireylerin yüksek yararına olduğu gibi yaşlı bakım hizmetlerinde standardın sağlanabilmesi hizmetin hem nitel açıdan hem de nicel açıdan yaşlı nüfusun sayısına ve özelliklerine göre planlanması ile mümkündür

Bu kapsamda çalışmanın konusu, Türkiye’de artan yaşlı ve özellikle bakıma muhtaç yaşlı nüfusa sağlanan kurumsal bakım hizmetleri olarak seçilmiştir. Bu çerçevede Türkiye’de yaşlılara yönelik planlanmış olan kurumsal bakım hizmetlerinin mevcut durumuna yönelik; gelişme seyri, yapısı, yasal düzenlemeler analiz edilerek öneriler sunulacaktır. Dolayısıyla çalışmadaki amacımız Türkiye koşullarında artan yaşlı nüfusa ve özellikle bakıma muhtaç yaşlı nüfusa yönelik

planlanan ve uygulanan kurumsal bakım hizmetlerinin betimsel değerlendirmesini yaparak bakımın nitel ve nicel açıdan kalitesini geliştirmeye yönelik katkı sağlamaktır.

Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri; Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler, Dernek ve Vakıflar, Azınlıklar, Gerçek kişiler tarafından sunulmaktadır. TÜİK 2015 verilerine göre diğer Bakanlıklara Bağlı 2 Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde 566 yaşlıya, Belediyelere ait 21 HYBRM’inde 2041 yaşlıya, Dernek ve Vakıflara ait 28 HYBRM’inde 1626 yaşlıya, Azınlıklara ait 5 HYBRM’inde 355 yaşlıya ve 163 zel HYBRM’inde 6342 yaşlıya bakılmaktadır. Toplam 350 HYBRM’inde 23 132 yaşlıya hizmet sunulmaktadır.

Bu verilere göre ASPB kurumsal yaşlı bakımı hizmet sunumunun yarısını karşılamakta ve diğerlerinin de yasal alt yapısının belirlenmesi ile kuruluşların hizmete açılması ve hizmetin sürdürülmesi ilgili denetiminden sorumludur. ASPB Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmetin sağlanması açısından en fazla tecrübeyi kendinde barındırmaktadır. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri büyük oranda merkezi yönetim eliyle yürütülmektedir. Bundan dolayı bu çalışmanın araştırma bölümünde Kamuya bağlı dolayısıyla Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı yaşlı bakım merkezleri tercih edilmiştir

Bu çalışmada betimsel değerlendirme teknikleri kullanılmış, öncelikle Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Başkanlığı (UNDESA), Avrupa Birliği İstatistik Kurumu’nun (EUROSTAT), Japon Nüfus Dinamikleri Araştırması Bölümü (Japanese Department of Population Dynamics Research), Alman Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü (The German Institute for Economic Research), Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Sayım Bürosu (USA Census Bureau), Birleşik Krallık Ulusal Resmi İstatistik Kurumu (United Kingdom National Statistic Official Center), ve Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK), Nüfus ve yaşlanma istatistiklerinden yararlanarak Dünyada Avrupa’da örnek ülkelerde yaşlılık ve gelecek yıllar için yaşlanma projeksiyonları değerlendirilecektir. Literatür taraması yapılarak yaşlanma ve yaşlılık kavramsal olarak açıklanarak, yaşlanma; teoriler

bağlamında değerlendirme ardından yaşlanma, yaşlılıkta bakıma muhtaçlığa yol açan hastalıklar ve bu hastalıklara sahip olan yaşlıların bakım ihtiyaçları tespit edilecektir.

Yaşama yaşının uzaması ve yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak ortaya çıkan bakıma muhtaç yaşlılığın ve kurumsal bakım hizmet modelleri teorik olarak açıklığa kavuşturularak, Dünya’da ve Türkiye’de bakıma muhtaç yaşlılara sunulan hizmetlerin alan uygulamaları betimsel olarak değerlendirilecektir. Betimsel değerlendirmeler yapılırken Türkiye’de verilen kurumsal bakım hizmetlerini yönlendiren yasal düzenlemeler, literatür, uluslararası belgeler, dünyadaki uygulamalardan faydalanılacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde “yaşlanma; kavramsal, teorik ve demografik açıdan değerlendirilecektir. Bu bölümde önce biyolojik yaşlanma teorileri ile bio-fizyolojik açıdan ardından da toplumsal yaşlanma teorilerinin incelenmesiyle de sosyolojik açıdan yaşlılık dönemi açıklığa kavuşturulmaya çalışılmış olacak, yaşlıya yönelik sunulacak bakım hizmetlerinin çerçevesi ve bu çerçeve dahilinde göz önünde bulundurulması gereken boyutlar ortaya konulacaktır. Yaşlılık teorilerinden hareketle kurumsal bakım hizmetleri için gereken alt yapının incelenmesi sağlanacaktır.

İkinci bölümde yaşlılıkta bakıma muhtaçlığa sebebiyet veren etmenler psiko-sosyal bio-fiziksel açıdan derinlemesine incelenerek yaşlılıkta beliren hastalıklar ve semptomlar araştırılıp bu yaşam döneminin; psikolojik, fizyolojik ve manevi ihtiyaçlarının neler olabileceği ortaya konulacaktır. Ayrıca kurumsal bakım hizmetleri; tıbbi bakım ve çeşitleri, sosyal bakım ve manevi bakım başlıkları altında incelenecektir. Ardından kurumsal bakım hizmetleri sürelerine, planlanma durumlarına göre: Kısmi Kurumsal Bakım Hizmetleri, Kısa Süreli Kurumsal Bakım Hizmetleri, Kurumsal Bakım Hizmetleri şeklinde tasnif edilerek her biri, yaşlıya sağladığı desteğin içerik ve fonksiyonuna göre değerlendirilecektir. Bu incelemelerde amaç bakım hizmetlerinin kapsamının ve sınırlarını görebilmek, birinci bölümde tespit edilecek olan yaşlı bakım hizmet şartlarını bütüncül açıdan karşılayacak model ve yaklaşım farklarını ortaya koymaktır.

Üçüncü bölümde; Türkiye’deki ve dünyadaki bakıma muhtaç yaşlılar ve onlara yönelik planlanan bakım hizmetleri gözden geçirilerek Türkiye’deki kurumsal yaşlı bakım hizmetlerinde tarihsel gelişim, yasal düzenlemelerin uygulamaları ve

yasal düzenlemelerde yaşanan değişiklikler incelenecektir. Daha sonra kurumsal yaşlı bakım merkezlerinde örgütlenme biçimi, fiziki şartlar, personel açısından durumları ve sunulan hizmetler bakımından bir değerlendirme yapılacaktır. Bu hizmetler ise sağlık, beslenme, sosyo-kültürel faaliyetler başlıkları altında araştırılacaktır. Üçüncü bölümün son kısmında ise; ABD’de Japonya’da, AB ülkelerinden İngiltere ve Almanya’daki çalışmalar değerlendirilerek Türkiye’deki bakım hizmetleri uygulamaları ile örnekler bağlamında karşılaştırma yapılması sağlanacaktır.

Çalışmanın alan araştırması kısmının yer aldığı dördüncü bölümde önce yöntemle ilişkin konularda (evren, örneklem, veri toplama ve değerlendirme teknikleri) açıklamalar yapılacaktır. Türkiye’deki Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinin incelenmesi sırasında “Betimleyici araştırma yöntemi kullanılacaktır. Bu amaçla HYBRM yöneticilerine kuruluşunuzun Güçlü yanları, Zayıflıkları, Fırsatları/Olanakları ve Tehditleri/Tehlikeleri (GZFT/SWOT) neler diye sorularak tespit yapılacaktır. GZFT analizi ile elde edilen veriler, GZFT analizini daha güçlü hale getirmek üzere çok sık kullanılan analizi yöntemi olan Analitik Hiyerarşi Proses (AHP) yöntemi ile değerlendirilecektir.

Bu iki tekniğin bir arada kullanılmasına A’WOT Analiz tekniği adı verilmektedir. Böylece her bir GZFT grupları ve bu gruplar içerisindeki GZFT faktörlerinin önem dereceleri ölçülebilir duruma getirilerek kendi aralarında üstünlük dereceleri tespit edilmiş olacaktır. Sonuç olarak mevcut durum yasal alt yapı, örgütlenme biçimi, personel durumu, fiziksel koşullar, çevresel koşullar, hizmet sunumu açısından değerlendirilerek ortaya çıkan parametreler ışığında güçlü zayıf yanlar, fırsat ve tehditler ortaya konulduğundan izlenebilecek alternatif stratejiler görülebilmesi sağlanarak uygulamada özellikle bakıma muhtaç yaşlı için yüksek faydanın ortaya konulması için gerekli şartların belirlenmesi sağlanacaktır.

Sonuç kısmında tezde ulaşılan sonuçlar bir bütün olarak ele alınarak bu çerçevede bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kurumsal hizmetlere ilişkin güvenli koşullarda nitelikli bakımın sağlandığı bir model için temel unsurların neler olduğu; makro düzeyde yasal alt yapı, örgütlenme biçimi değerlendirilerek mikro düzeyde hizmet sunumunun içeriği belirlenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLANMA, YAŞLILIK, YAŞLANMA TEORİLERİ VE DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRME

1.1. Yaşlanma Kavramı – İçeriği ve Önemi

“Yaşlı ve yaşlılık” konusunda çalışmalarda bulunan çeşitli disiplin mensupları, bu kavramların tanımlanmasını çeşitli şekillerde yapmışlardır. Yaşlılık insan hayatının kaçınılmaz sürecinin son aşaması ve geri dönülmez durağıdır. Her kişinin farklı biyolojik geçmişi, farklı iş deneyimleri ve farklı duygusal yaşamı olduğu bir gerçektir. Bununla birlikte yaşlılık toplumlar arasında da farklılaşmaktadır; yaşlanmada toplum ve kültürün yeri önemli bir rol oynamaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007: 1).

Tüm canlılar için yaşlanma; döllenme ile başlayıp ölüme kadar süregiden biyolojik bir süreç ise de kalıtım, yaşam biçimi, yapılan iş, beslenme alışkanlıkları, geçirilen kronik hastalıklar ve bireyin kişilik yapısı gibi nedenlerle birlikte toplumun ve çevresinin bireyi, bireyin de kendini algılayışı gibi etmenlerden dolayı bireysel farklılıkları içinde barındırmaktadır. Ancak bu farklılıklara rağmen yaşlanma genel olarak kronolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir gerilemedir (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 8).

Türkiye’deki 65 ve daha yukarı yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar 2015). 2050 yılına gelindiğinde yaşlı nüfusun, dünya nüfusunun %22.1’ini, 2100 yılına gelindiğinde ise %28.1’ini oluşturacağı öngörülmektedir (Giray vd. 2008: 83). Yaşlı nüfus, artan nüfus oranları ve bu duruma bağlı çeşitli kapsamlardaki sonuçları (sosyal politikalar, psikolojik, tıbbi sonuçlar vd.) itibariyle dikkat çekici hale gelmektedir. Bu durum yaşlıların ihtiyaç

duyduğu hizmetlerle ilgili ciddi çalışmaların ve düzenlemelere ihtiyaç ortaya çıkarmaktadır. Bu ihtiyaçları ortaya koyabilmek için öncelikle yaşlanma kavramını, sonra yaşlılık kavramını, demografik bilgilerini, yaşlı grubunu ve bu grubun özelliklerini tanımak önemli bir temel oluşturacaktır.

Yaşlı olarak nitelendirilen grup, homojen bir grup olmadığı için çeşitli alt grupları da içermektedir. Her alt grup kendi içinde çeşitli özelliklere ve sorunlara sahiptir. Bu nedenle her grup ve bu her bir gruba ait sorun çok sayıda ve çeşitli yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır (Durgun ve Tümerdem, 1999: 115). Bu anlamda çeşitlilik (diversity) kavramı yaşlılar için çok uygundur. Yaşlılar birbirlerinden farklı olmalarının yanı sıra herhangi bir yaş grubundaki bireylerden de daha farklıdırlar. Bu tür farklılıkların sonucu olarak ihtiyaçlar değişmekte, bu değişiklikler de sosyal politika hareketlerinin ve sosyal hizmet uygulamalarının değişmesine sebep olmaktadır.

Yaşlı grubun sosyal, sağlık, bakım ve benzerlerine duydukları ihtiyaçlarının sistematik bir şekilde planlanması, güncel duruma cevap vermesi (demografik yapı, kişiler, yakınları), uzun vadeli muhtemel ihtiyaçları da karşılamasının gerekliliği, farklı sosyal hizmet modelleri geliştirilerek uygulanması sonucunu doğurmaktadır.

1.1.1. Yaşlılık ve Yaşlılık Türleri

65 yaş ve üstü nüfus yaşlı sayılmakla birlikte, yaşlı nüfus oranı düşük (% 4-7) olan ülkelerde bu sınır 60 yaş olarak kabul edilmektedir. (Emiroğlu, 1992: 45). Bu yaşların belirleyici olması yönündeki karar büyük ölçüde sosyal politika uygulamalarına göre belirlenmiş olup, 65 yaşın, yaşlanmayla alakalı olan fizyolojik ve psikolojik süreçler bakımından kritik bir yönü olmasından kaynaklanmamıştır (Kring, Johnson ve Davison, 2012: 444). Yaşlılık ani bir geçişle aniden sahip olunan demografik bir statü olmadığı için terim olarak yaşlılık ve yaşlanma çeşitlerini anlamak yaşlılık dönemine özgü ihtiyaçları anlayabilmek için önemlidir.

1.1.1.1. Kronolojik Yaşlanma

Kronolojik yaşlanma, takvim yaşı ve doğum yaşı olarak da bilinmektedir (Seyyar ve Genç, 2010: 617). doğumdan itibaren başlayan zaman ile bahsi geçen

zamana kadarki sayısal sürenin gün, hafta, ay, yıl olarak toplamı olarak ifade edilmesidir

İnsan ömrü kronolojik olarak;

1.1.1.2. Fizyolojik Yaşlanma

Biyolojik yaş, yaşanan biyolojik dönemin zaman dilimi açısından belirlenmesidir (Yiğitoğlu, 2008: 253). Organizma, doğuştan sonra süratli bir gelişme, büyüme; sonra uzun süren bir duraklama, nihayet gerileme safhası göstermektedir. Bilindiği üzere diğer canlılar gibi insan vücudu da çeşitli organlardan ve bunların çalışmasından meydana gelir, yani insan bedeni morfolojik ve fizyolojik bir ünitedir. İnsan vücudu bir yandan büyüyüp gelişirken, diğer yandan bazı kısımları yıpranıp eskimeye başlar. Genellikle 20–25 yaşlarına kadar olan kısım gelişme çağıdır. Bundan sonra bir duraklama, safhası gelir. Bu devrede görünürde bir denge olsa dahi aslında çok sinsi ve yavaş bir gerileme mevcuttur. Bu gerileme işaretlerinin görünür hale gelmesi yaşlılığın başlangıcıdır (Erer, 1967: 5).

Yaşanılan zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisinde değişimler ortaya çıkmaktadır. Bireyin hatta canlının yaşlanması aslında döllenme ile başlar, yaşamla birlikte gittikçe hızlanır, orta yaş sonuna doğru saçların beyazlanması, derinin kırıışması, kas gücünün zayıflaması ile birlikte dış görünüşteki belirtiler görünür duruma gelir. Bu belirtilerden bazıları belin bükülmesi, hareketlerin yavaşlaması, özellikle görme, işitme gibi bazı duyuların zayıflaması şeklinde kendini göstermektedir (Arpacı, 2005: 17).

Tüm bu farklılaşmalar gözden geçirilerek insanın biyolojik yaşı, vücut yaşı tespit edilir. Biyolojik yaşlanma kalıtsal etmenlerin yanı sıra çevresel faktörlerin ve yaşam şeklinin etkisi ile birlikte psikolojik özelliklerden de etkilenmektedir. Biyolojik kayıplar, yaşanan zaman ve mekânla da ilgili olmaktadır ve bu nedenle şahıstan şahısa farklılık göstermektedir. Bu nedenle doğumla belirlenen yaş ile başat gitmeyen biyolojik yaşı belirlenmesinde uzmanlar farklı fonksiyonları değerlendirerek inceleme yapmaktadırlar (Seyyar ve Genç, 2010: 618).

Başka bir ifade ile yaşlanma her bireyde eşit şekilde devam etmez. Kronolojik yaş tek başına kişi hakkında bilgi vermekte yetersiz kalabilir. Yaşlı bireyin kronolojik yaşı birey hakkındaki bilgiler içerisinde önemli olsa da eksik bir

değerlendirme noktası olabilir. Kısaca aynı kronolojik yaşa sahip iki birey aynı biyolojik görünüme ve yaşa sahip olmayabilir. Bireyin biyolojik yaşını etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur.

Kişinin Genel Sağlık Durumu ve Cinsiyeti

Yaşlılığın temel bazı özellikleri şunlardır:

- Yaşlanma evrenseldir ve tüm nüfusu kapsamaktadır.
- Yaşlanma sürekli devam eden bir süreçtir.
- Yaşlanma organizmaların özünde bulunmaktadır.
- Yaşlanma olgunlaşan değişimlerin bozulması anlamına gelir (Oktik, 2004: 14).

Yaşlılık, sosyo-kültürel, fiziki çevre ve özellikle ekonomik gelişmişlikten direk etkilenmektedir. Yaşlanma ise yaşam boyu sürmektedir. Bireyler birbirlerinden farklı olarak bu süreci deneyimlemektedirler.

Yaşlanma sürecinin etkilendiği faktörlerin birkaçı şunlardır:

- Kalıtım: Genetik olarak bireyin ailesinin hücrelerinin yavaşlamasının birbirinden farklılık göstermesi,
- Çevre: Yaşam ve çalışma koşullarının zorluğu, beslenme alışkanlıklarının farklılığı
- Hastalık: Acı çektiren zor hastalıklar geçirmiş olmak,
- Duygular: Stresli ve zor bir yaşama sahip olmak Ayrıca kültür ve cinsiyet de biyolojik yaşlanma üzerinde etki göstermektedir (Arpacı, 2005: 16)

Çevre Şartları

Farklı çalışmalar, yaşlanmayı etkileyen kişiye özgü farklılıklardan olan genetik etmenlerin yanı sıra hayatı yaşama şekli, mensubu olunan meslek grubu, beslenme çeşidi ve şekli, fiziksel çevreye ait faktörler ve psiko-sosyal özelliklerin de önemli etkenler arasında olduğunu göstermiştir (Durgun ve Tümerdem, 1999: 116).

Bu özelliklerden çevrenin etkisini değerlendirdiğimizde, çevrenin hastalıkların oluşumuna ortam hazırladığı bazen hastalığın bizzat sebebi olabildiği gibi, bazı hastalıkların da ilerlemesini ve gidişatını etkilediğini bazı hastalıkların ise yayılmasını kolaylaştıran önemli bir etken olarak hayatı etkilediğini görmekteyiz. Çevreye ait tüm olumsuz faktörler, dört ana madde ile açıklanabilir. Öncelikle hava, su, toprağın kirlenmesi, bireylerin hasta olmasına direk neden olabildiği gibi daha

önce bahsedildiği gibi bazı hastalıkların da yayılıp genişlemesinin en önemli nedeni olabilmektedir. Elbette yaşlılar sosyal çevre öğelerinin yanı sıra fiziksel çevrenin sağladığı olumlu veya olumsuz ortamdan çok büyük seviyede etki altında kalan kişilerdir (Güler ve Çobanoğlu, 1994:84).

Kişinin maruz kaldığı çevre şartları, yıpranmanın derecesini belirleyebilmektedir. Kapalı ve açık alanlardaki hava kirliliği, gürültü, sigara dumanı, ağır metallere maruz kalınması, güvenli yiyecekler ve temiz su kaynaklarına ulaşımın olmaması sağlığı etkilemektedir (Özcan 2010:11). Kişinin çalıştığı ortam eğer sağlık şartları açısından uygun değilse bu bireylerin erken yaşlanmaları mümkün olabilmektedir. Yaşamın sürdürüldüğü ve çalışma yaşamının devam ettirildiği ortamlar kişilerin en fazla zaman geçirdiği dolayısıyla insan üzerindeki etkisinin de en fazla olması muhtemel ortamlar olduğundan bilhassa bireyi ve bireyin yaşlılık görünümünü anlamak için önem arz eden etkenler arasındadırlar..

Yaşanılan Ülke ve Zaman

Globalleşme ki bu bilim ve teknolojinin hızlı şekilde ilerlemesini ve dünyadaki birçok bölgeye aynı anda yayılabilmesini sağlamıştır. Diğer gelişmeler de bebek ve çocuk ölümlerinin azalmasına, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının fark edilerek bireyler arasında deneyimlenmesine, spor yapma bilincinin kazanılmasına sebep olmuştur. (Arpacı, 2005: 26). Özet olarak sağlıklı yaşama alışkanlıklarının edinilmesi kişilerin yaşama kalitesini olumlu etkilediğinden ve yaşama süresini de arttırmıştır. Yani teknolojik yenilikler; tatil ve dinlenme imkânlarının artması, günlük çalışma süresinin kısaltılması ve esnek çalışma yöntemlerinin uygulanma eğilimleri gibi çalışma hayatına ilişkin gelişmeler, ömrün uzamasına yol açmaktadır (Gür, 2009: 16).

Yaşlıların yaşlanma süreçlerine, yaşlanmaya bağlı değişim ve gelişimlerine ve ihtiyaçlarına yönelik politikaları betimlemek ve biçimlendirmek, yaşlıların yaşadıkları coğrafyadan, ülkeden ve içinde bulundukları zamandan bağımsız olarak bakılması mümkün olmayan bir konudur.

1.1.1.3. Psikolojik Yaşlanma

Psikolojik yaşlanma, uyum ve baş etme mekanizmalarında, ruhsal durumda kronolojik yaşlanmaya koşut olarak ortaya çıkan değişimdir. Geçmiştekine kıyasla çevresiyle etkileşime girmeye daha az istekli olma, yaşamsal alanında olanlara karşı kayıtsız kalma veya bunları aşırı dikkate alma yalnız hissetme olumsuz düşünce ve duyguların yoğunlaşması (Canatan, 2008: 15) gibi duyguların çoğalması ile ilgilidir.

Yaşanan bu değişimlerin yanı sıra Psikolojik yaşlanma sürecinde yaşlının mental durumunda bir gerileme ve duygusal alanda da duyguların görevlerini tam olarak yerine getirmeme durumu da ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak geçmiş yaşamı özleme gelecekle ilgili duygusal açıdan kendini güvende hissedememe, bazı zamanlarda önceki yaşam sürecinde başarısız olan idealler hakkında geriye dönük pişmanlık yaşanması ve üzüntü duyulması vb. duygu durumlarının yaşandığı bir yaşam dönemidir. Bu bağlamda yaşlılık, kronolojik ve biyolojik süreçlere ek olarak, insanın psikolojik açıdan kendisini yaşlı hissetmesi ve kabul etmesiyle de ilgilidir (Seyyar, 2008: 618).

1.1.1.4. Sosyal Yaşlanma

Sosyal yaşlanma, kişinin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin yaşamı boyunca değişmesidir (Uysal, 1993: 12). Bireyin iletişim kurarak oluşturduğu ilişkiler sistemi ve çevresine karşı tutumları, sahip olduğu değer ve inanç sistemi, edindiği sosyal roller, kendilik imgesi yaşlılığa uyum sağlamasında yaşlı için önemli faktörler olarak dikkate alınır. Kişi yalnızlığa ilgi duyarak kendi adına bireysel yaşamını değerlendirmeye tabi tutma isteği duyabileceği gibi, inançları değiştiği için eski arkadaşlarıyla görüşmek de istemeyebilir (Canatan, 2008: 17). Aile hayatı, çalışma hayatı, sosyal roller ve görevler kronolojik yaşlanmayla beraber artar veya değişir.

Yaşlılık sosyolojisi; sosyal yaşlanma kavramına dikkati çekerek, yaşlının sosyal adaptasyonu, kendiliğinin farkındalığı, toplumsal yaşamın içinde aktif olunması, yaşlılığa toplumun bakış açısının ortaya koyularak değerlendirilmesi ve yaşlılığa yönelik politikaların oluşturulmasında zemin oluşturacak yönelim ve

kuramların oluşturularak bir arada değerlendirilmesine ortam ve yöntem sağlar (Baran, 2004: 37).

Sosyal yaşlanma sadece birey değil toplum açısından da önemli bir kavramdır. Bu durum, bireyin yaşlanmasına toplumun etki etmesi ve bireyin yaşlanmasından toplumun etkilenmesi şeklindeki bir etkileşim durumunu da ifade eder. Toplumun farklı kurumları arasındaki karşılıklı ilişkileri ve bireylerin kurumlarla olan ilişkilerinde meydana gelen yaşa bağlı değişimleri de içine alır (Canatan, 2008: 15-16).

“Yaşlanma” kavramıyla yakından ilişkili diğer bir kavram da “yaşam beklentisi” (Life expectancy)’dir. Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre dünyada 2013 yılında 841 milyon kişi olan yaşlı nüfusun 2050 yılında 1 milyar kişi olacaktır. Dünya ölçeğinde ortalama yaşam süresi 2015 yılı itibari ile 71.4 (kadınlar için 73.8 ve erkekler 69.1)’dir (Dünya Sağlık Örgütü, World Health Statistics 2016: Monitoring Health for The SDG, Sustainable Development Goals, 2016:9)

1.2.Yaşlılık

Toplumların değişken yapıları içerisinde, yaşlılık konusunda çok farklı tanımlar yapılmıştır. Bazı toplumlarda yaşlılık olması gereken bir süreç olarak değerlendirilirken, bazı toplumlarda da sorun olarak görülmüştür. Bu durumun sebebi her toplumun kendi içerisinde barındırdığı kültürel farklılıklarında yatmaktadır ve yaşlılık olgusu da kültürel yaşlanmışlıklarla yakından ilişkilidir (İçli, 2004: 5).

Yaşlılık, 20. yüzyıla kadar sakatlıkla aynı anlama geliyordu. 16. ve 17. yüzyıllarda yaşlılar, toplumun diğer bireyleri gibi haklara sahip olarak görülmediler. Yaşlılık, ölüme çok yaklaşma durumu olarak düşünülürdü ve özellikle edebiyat alanında tüm açıklığı ve olumsuz yanları ile anlatıldı. Yaşlı, toplumun istenmeyen insanı, ölümü hatırlatan faydasız ve ürpertici varlığıydı. Görmezden gelinmeli, onlara acınmamalı, hele saygı hiç duyulmamalıydı. Daha sonra yaşlılığın sosyal içerikli bir fenomen olduğu düşüncesi topluma yerleşmeye başladı ve emeklilik sigortasının başlamasıyla birlikte yaşlılık, kronolojik olarak tespit edilen yaşa bağlı yaşamsal bir evre olarak ortaya konuldu (Tufan, 2002: 20).

Başka bir bakış açısına göre yaşlılık fizyolojik bir olgudur ve bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerinin geri dönülemez biçimde kaybolması sürecini ifade eder. Bir kimse belirli bir yaş sınırını aştıktan sonra işgücü verimliliğini ve dolayısıyla kazanma gücünü kaybeder. Yaşlılık, insan hayatının son aşaması ve kişinin yaşlanma devresidir (Seyyar, 2008: 316).

Yaşlılık, kişinin mental ve fiziksel duyuş ve hissedişinde güç kaybı geriye gitme olduğu gibi öte yandan genç olmanın sonuçlarının ve üretken olabilme potansiyelinin kaybına bağlı olarak toplum içinde atfedilmiş olan rol statülerin, bağımsız yaşayabilme yeteneğinin kaybı, birebir ilişkilerin sürdürülmesinin ve sosyal yaşamın zorlaştığı bir yaşamsal bir evredir (Browning, 1995: 25).

Yaş alınması ve yaşlılık sürecine girilmesi ile bireyin organlarında değişimler hatta işlevsellik açısından kayıplar biyolojik açıdan yaşlanma ve bireyin bireysel olarak böyle hissederek buna bağlı olarak yaşamsal alanında ve hayata bakışında değişiklik yapmasına da duygusal yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Bireylerin bulundukları yaşa göre değerlendirilmesine organların oransal olarak işlevlerine bakılarak aynı yaşta olan diğer bireylerle karşılaştırılması ve bireyin toplum içinde rol ve görevlerini sürdürüp sürdürememesinin değerlendirilmesi fonksiyonel yaşlılık olarak isimlendirilmektedir (Oktik, 2004: 14).

1.3. Yaşlılıkta Psiko- Sosyal ve Fizyolojik Süreçler

Yaşlılığı inceleyen araştırmalar, önceleri yaşam süresinin uzatılmasına dair imkanların geliştirilmesine yönelik olduğundan tıp bilimi sınırlarında çalışılmıştır. Bundan dolayı yaşlanmayı konu alan teoriler genelde içerisinde biyolojik ve fizyolojik temeller barındırmıştır. Bu bakış açısı sebebi ile gerontoloji bilimi de tıp bilimine yardımcı bilim dalları arasında değerlendirilmektedir. Fakat bireyin davranışlarının altında yatan sebepler biyolojik, psikolojik ve de sosyolojik kökenli olduğundan dolayı interdisipliner çok yönlü araştırmalara ihtiyaç vardır (Koç, 2002: 2).

Fiziksel eksiklik ve kayıplar yaşlının ruhsal durumunu menfi olarak etkilemekteyken ardından ekonomik yetersizlikler gelebilmektedir. Statü kaybı, (emekli olmakla ilgili veya toplum yaşamındaki eski etkinliklerin azalması)

yakınlarının ölümü; eş, dost veya sevdiklerini kaybetmek yaşlıda psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilecek durumların başlıcaları olarak değerlendirilebilir.

Diğer yandan da stres, depresyon, unutkanlığın ortaya çıkması ve dikkat, anlama, kavrama, uygulama yeteneklerinin azalmasıyla da ruh sağlığı kötü yönde etkilenir (Tekin, 2005: 87). Yaşlı tüm bunları yaşarken sevgi ve kabullenilme onun önemli bir ihtiyacı olarak belirir. Bu nedenle de aile, özellikle yaşlılık döneminde daha da fazla önem kazanır. Toplumsal değişimle birlikte ailenin yapısında ortaya çıkan farklılıktan dolayı yaşlı bireylerin bakım ve sorumluluğu kurumlara devredilmektedir (Çoban, 2005: 42).

Burada önemli olan yaşlının yaşam kalitesi ve bunu ortaya koyan bireysel ve sosyal ortamlarda özgür hareket edebilme (emancipation) ve bu ortamlara katılım gösterebilme (participation) anlamında özellikle ilişkileri devam ettirebilecek enerjiye ve isteğe sahip olma durumu olarak nitelendirilmektedir. Diğer bir deyişle bireyin yaşam boyu edindiği bireysel birikimlerin eğitim, yaş, cinsiyet gelir, aile hayatı, fiziksel ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel birikim oluşturan sosyal güvenlik sistemi, yaşanan mahalle, şehir, ülke, gibi kamusal etki alanlarının (Arun, 2008: 316) da yaşlının yaşamını kolaylaştırarak desteklemesi ve yaşlının bu dönemi az hasarlı geçirmesine yardım edecek şekilde planlanmasıdır.

Hayatın bu döneminde birtakım algısal yeteneklerde de kayıplar oluşabilir (mesela; Öğrenme hızı ve hafıza). Fakat bunlar bazı yeni bilgi ve tecrübelerle dengelenebilir. Algısal yeteneklerdeki düşüşler, bir taraftan da depresyondan, alkol ve ilacın gereksiz veya fazla kullanımından dolayı artabilmektedir. Bu durumlara motivasyonda düşüş beklentilerin azalması, düşme ve özgüven yitimi gibi psikolojik nedenler; yalnızlık ve izolasyon vb. durumlarda (Yaman, Akdeniz ve Kanevetçi, 2008: 12) eklenebilir.

1.3.1. Emeklilik ve Yaşlanma

Bireyin yaşlanması ile birlikte psikolojik ve ekonomik değişimlere bağlı olarak yaşlının sosyal yaşamını etkileyen en önemli etkenlerden birisi de emekliliktir. Emekli olan kişinin hayatında aniden birçok şey değişmektedir. Çoğunlukla yaşlılar

bu duruma hem düşünsel hem de pratik olarak hazırlanmamakta        bireyleri bu duruma hazırlayacak herhangi bir emeklilik oryantasyon programları genellikle bulunmamaktadır. Ortaya çıkan boş zamanın değerlendirilmesi bir sorun olmakta ani değişimin sebebiyet verdiği depresyona girme durumu (Emiroğlu, 1995: 59) tetiklenebilmektedir.

Tüm toplumlarda çalışmanın sona erdi  i yaş tespit edilmiştir. Belirlenen bu yaş aralığı 55–65 yaş aralığına tekabül etmektedir. Erken yaşlarda sona eren çalışma hayatından veya yaşama yaşının uzamasından dolayı bu bireyler zihinsel ve fiziksel açıdan yeterlilikleri devam etmekte iken emekli olabilmekte ve birden bire kendilerini atıl halde bulabilmektedirler. Hatta bu durumun uzun yıllar sürebileceğini de bilmektedirler. Bu duruma kendini hazırlamamış bir birey için Kendini bu kadar uzun sürebilecek yaşama hazırlamamış kimseler için toplumun yardımı, desteği yeterli olmazsa kurumsal ve toplumsal destek a  ının mevcut olmaması bireylerin durumunu daha da zorlaştırmaktadır. (Sağlık Ansiklopedisi, 1975; 1525) Emeklilikle birlikte ortaya çıkan başka bir problem de ekonomik sıkıntılarının yaşanma ihtimalidir. Emekli olan bireylerin özellikle gelişmekte olan ülkelerde gelirleri ciddi oranda azalabilmektedir. (Karlı, 1982: 43).

Değişen yaşam koşulları yaşlıları ailelerinden ve özellikle çocuklarından ayırmakta iken   ten yandan emekli olan birey içinden ayrılmakla beraber formal sosyal ilişki a  ından da uzaklaşmaktadır. Ekonomik açıdan zayıflayan ve iş ortamından uzaklaşan kişiler sosyal rollerini de kaybettiklerini düşünmektedirler. Bundan dolayı kişi soyutlanma ve günlük hayatın içinde uzaklaşma şokuna girmektedir. Var olan statüleri dolayısıyla elde ettikleri sosyal rolleri de kaybetmeleri ve yeni sosyal roller kazanamamalarından dolayı sürekli eski olayları gündemlerine almaktadırlar. Tüm bunların sonucunda da yalnız hissine kapılmaktadırlar (Maden, 1990: 77).

Bunlara ek olarak yaşlıların sosyo-ekonomik durumları ile doğru orantılı olarak bazı yaşlılar, mevcut geliri ile yaşayabilmek için ortam değiştirmek zorunda kalabilmekte ve uzun yıllar bulundukları sosyal çevrenin dışında yaşamaya mecbur olabilmektedirler. Yaşanan bu olaylar yaşlıların yaşamını olumsuz etkilemekte yaşamda keyif alamama, uyuyama mutsuz hissetme, isteklerini veya sorunlarını

ağlayarak dile getirme, özellikle yakınlarını suçlama, çok konuşma vb. durumlarını yaşamalarına sebep olmaktadır (Emiroğlu, 1992: 57).

Bireyin yaşlanması ile birlikte yeni şartlara ve değişimlere uyum sağlama becerisinde geriye gitme ortaya çıktığı gibi kişiliğinde bir ölçüde değişmezlik söz konusu olabilmektedir. Değişimlerden çekinir, rutin faaliyetlerin dışına çıkmak istemezler. Geçmişe özlem duygusu artar. Genç nesille aralarındaki açık gün geçtikçe artar. (Eker,1998: 1264). Sonuç olarak yaşlılık, bireyin psiko-sosyal açıdan oldukça farklı hislere kapılmasına ve davranışlara yönelmesine neden olmaktadır.

1.3.2. Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon

Yaşlı bireyler ister kurum bakımında olsun ister tek başına kendi evinde veya aile ortamında anlaşılamamak duygusuna kapılırlar yaşlılığın neden olduğu fiziksel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan bedensel engelli olma haliyle ilintili olarak sağlıksal ve psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar. Yaşanan psikolojik sorunlardan birisi de “yalnızlık” duygusudur. Bu durum yapılan birçok araştırma ile tespit edilmiştir (Yardımcı,1995: 28).

Yaşlı bireyler özellikle yakın çevreleri tarafından istekleri ölçüsünde ziyaret edilmemektedirler, kendileri de hareket kısıtlarından ve diğer birçok nedenden ötürü sosyal ilişkilerini sürdürememektedir (Atalay, 1993: 211). Öte yandan sosyal ortamlara dahil olamama eski ilişkilerini sürdürememe yenilerine oluşturmama olumsuz yaşam koşullarına neden olmaktadır. Yaşlının istediği ölçüde hareket edememesine bağlı olarak genç bireylerin ilgisine ve ziyaretlerine kendini bağımlı hissetmesi muhtaçlık duygusu ile ortaya çıkan psikoloji sorunları oluşmasına sebebiyet vermektedir. Bunların sonucunda da ilişkilerini fonksiyonel olarak yürütememekte, yavaş yavaş sosyal hayattan geri çekilme psikoza yaşamaktadır (Maden, 1990: 78).

Özet olarak tek başına yaşamak zorunda kalan yaşlılar fiziksel açıdan çok farklı sağlık problemleri olduğundan veya bu hastalıkları yaşama olasılıklarının yüksek olmasından dolayı psiko-sosyal açıdan da problemler yaşamaktadırlar. (Tufan, 2002:213). Yaşlılar, yaşadıkları hareket kısıtları nedeni ile sosyal alanlara ve ilişkilere çevreye ilgisizlik (apati), duygu donukluğu, içine kapanma duyguları

yaşayabilmektedir. Bu durum bazen ileri derecede depresyona ve hatta kişilerin intihar etmelerine neden olabilmektedir (Sağlık Ansiklopedisi, 1975: 1526)

Öte yandan yapılan araştırma sonuçlarına göre, yaşamlarına son verme teşebbüsünde bulunan yaşlı erkeklerin çoğunlukla dul veya bekâr oldukları, kadınların ise eşlerinden boşanmış oldukları tespit edilmiştir. Bu bilgiyi şöyle değerlendirebiliriz: yaşlı bir erkeğin eşini kaybetmesi ile yaşlı bir kadının eşine kaybetmesi bireyler üzerinde farklı yoğunlukta bir duygu ile karşılanmaktadır. Benzer olayları yaşayan erkekler kadınlardan daha çok yaşamlarına son verme duygusuna (Tufan, 2002: 212) kapılmaktadırlar.

Yalnız yaşayan yaşlıların, evli yaşlılara göre fiziksel ve (özellikle) duygusal-zihinsel açıdan daha kötü durumda oldukları saptanmıştır. Kadınların ortalama yaşam süresinin daha uzun olmasından dolayı genellikle erkekler ilerleyen yaşlarında dul kalmaktadır. Yaşlının yakın arkadaşları ve akrabaları uzağa taşındıkça veya öldükçe, yaşlının yaşamı daha yalıtılmış ve yalnız hale gelmektedir (Zastrow, 1995: 461).

1.3.3. Günlük Yaşam Aktivitelerinde Gerileme

Bireyin fonksiyonel yaşamını sürdürebilmesi; yaş almasından daha çok ve özellikle önceki yaşamını nasıl sürdürdüğüne bağlı olarak kültürel çevresinden çok önemli ölçüde etkilenmektedir. Yaşa uygun beslenme şekli, sağlıklı yaşlanma ile ilgili bilinçli davranma, aktif yaşama egzersiz yapma durumu yaş alınmasına rağmen fiziksel açıdan işlevsel bir yaşam sürdürebilmede önemli etkiye sahiptir. Bedenin aktif olabilmesi düzenli egzersiz yapılması ile doğru orantılıdır. Çok yaşlı bireyler bile egzersiz yapabilirler. Fakat hangi aktivitelerin hangi oranda yapılabileceği bireyin yaşına sağlığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Savaşır, 1999: 206).

Aslında yaşlıların sağlık açısından takip edilmesinin en önemli sebebi bireylerin ileri yaşlarında organlarını işlevsel kullanabilmelerini sağlamaktır. Bilinçli bir yaşam sürdürmemekle ilişkili olarak yaşlıların çoğu kronik hastalıklarından dolayı hareket kabiliyetlerini yitirebilmektedirler. Hareket kısıtlarının önlenmesi veya kötü sonuçlara varmasının engellenmesi gerekmektedir. Öte yandan fonksiyonel olarak bağımlı olunmamasına rağmen birçok yaşlı ne yazık ki, ileri

yaşlarında sağlıklı bir yaşam sürdürmesi zorlaşabilmektedir (Büyükçoşkun, 1998: 35). Bu nedenlerden dolayı, Dünya Sağlık Örgütü özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi anlamda artış gösteren yaşlılık problemi ile mücadele edebilmek için politikaların geliştirilmesini desteklemek üzere 2002 yılında “Aktif Yaşlanma Çerçeve Programı” (Dünya Sağlık Örgütü, Active Ageing a Policy Framework, 2002) adlı çalışmayı yayınlamıştır.

1.3.4. Ölüm Korkusu

Yaşlılarda, ölüm somutlaşarak yaşanabilmesi muhtemel bir durum olarak algılanmaya başlanmaktadır. Bundan dolayı yaşlılar ölüme çok farklı bir mana yükler ve arkadaşlarının kaybı ile de ölümün kendilerine daha yakın olduğu hissine kapılırlar (Saygılı, 2011: 30).

Sinema Sanatçısı Maurice Chevalier’e 80. yaş kutlamasında “yaşlılık nasıl bir şey?” sorusuna “şahane!” cevabını verir ve devam eder: “Eğer diğer seçeneği düşünecek olursanız.” Diğer seçenek mi? “Ölüm elbette” cevabını vermiştir (Durmuş ve Durmuş 1992: 200). Ölümden çekinme duygusu bazen de yok olma duygusu aynı değerlendirildiğinden çaresizlikle karşılanan bir durum olarak anlaşılmaktadır.

Kentte ve kırsal alanda yaşamak, yaşam tarzları arasında farklılıklar dolayısıyla düşüncelere de yansımaktadır. Kırsal alanlarda yaşayanların ölümü gündelik yaşamlarında çok daha fazla ve rahat gündemlerine alabildiklerinden hareketle yaşamın bir sonu olduğu fikrini kolay kabullendiklerini söylemek mümkündür. Ölümün yaşam içerisinde tabii bir durum olduğunu ve her nasıl hayat başlanmış ise bir gün de hayatın sonlanacağına olan inancın yaygın olarak kabullenildiğini göstermektedir. (Tufan, 2002: 196). Bu düşüncenin nedeni, buralarda yaşayan insanların hayatı çok iyi teşhis etmelerindendir.

Şehirde yaşayan insanlar tabii olan hayatın dışında bir yaşam sürmektedirler. Buradaki yaşam, doğanın büyük ölçüde kontrol altına alınması şeklindedir. Doğayı kirletmekle, gelecek kuşakların yaşam alanlarını da tehlikeye sokmakta ve yaratıklar arasında en bencili olduğunu bir kere daha ispat etmektedirler. Bunlara ek olarak bir taraftan vücudunu kimyevi depo haline getirerek onu en kısa yoldan ölüme

sürüklerken, diğer taraftan ölümsüzlüğe ulaşmayı planlamaktadır (Tufan, 2002: 198).

Bu aslında modern birey ile geleneksel koşullarda yaşayan bireylerin yaşamı anlamlandırmadaki farklılıklarından ortaya çıkmaktadır. Her ikisi ölümü farklı algılamaktadır. Bundan dolayı bakım hizmeti veya sosyal hizmet sağlarken yaşlı bireylerin dini inanç sistemi ile kentsel yaşamdan mı kırdan mı geldiğine dair bulgular, kültürel farklılıklar, hizmet planlaması esnasında hesaba katılması gereken önemli ipuçlarıdır.

1.3.5. Depresyon

Depresyon, çok üzüntülü olma durumu ile birlikte eskisi gibi seri ve senkronize hareket edememe, bedensel fonksiyonlarda kayıp, kendini değersiz hissetme, hayata karşı ilgisiz olma, karar verme güçlüğü yaşama gibi durumları içeren bir sendromdur (Öztürk 2001: 33). Depresyonun bilinirliği çok gerilere dayanıyor olsa bile modern yaşamla birlikte özellikle kentleşmenin sebep olduğu yüksek düzeyde gerilim sosyal ilişkilerin eski yoğunluğunu kaybetmesi, duygusal bağların zayıflaması, kişisel talep ve isteklerin düzeyinin yükselmesi sonucunda yaşamda kaygı ve endişe artmış dolayısı ile depresyon oranları artmıştır (Geçtan, 1997: 78). Esasen depresyon, yaşlılarda görülen pek çok hastalığın sebebi veya tetikleyicisi durumundadır. Depresyonun somatik semptomları arasında kilo ve iştah kaybı, bitkinlik, uykusuzluk sayılabilir (Zastrow, 1995: 464). Doğru bir tedavi ile depresif bozukluklardan muzdarip olan hastaların %80-90'ı sağlığına kavuşabilmektedir (Gottfries, 2001: 57).

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalara göre; yaşlıların %13,5’de depresif problemleri olduğu, 65 yaşın üstündeki kişilerde majör depresyonun görülme sıklığı %6, depresif belirti yaygınlığı ise %11 olduğu ortaya konulmuştur. Huzurevlerindeki yaşlılarda depresyon oranını %10,2 olarak kaydedilmiş, yaşamlarını bir kurumda devam eden yaşlılarda evde yaşayanlara göre depresif belirtilerin, daha çok görüldüğü anlaşılmıştır.(Durmuş ve Durmuş, 1992: 20).

Bir yandan yaşama isteği öte yandan ölecek olma düşüncesi arasındaki dengeye ulaşma, bireylerde, sağlıklı yaşamaya sebep olmasına rağmen kimi kişilerde

erken yaşlanma ortaya çıkabilir (Adasal, 1954: 51). Yaşlılar genellikle yalnız kişilerdir. Bir kişi uzun yıllar evlilik hayatı yaşamış ve sonra eşini kaybetmişse, derin bir yalnızlık duygusu içine girer ve bu duygu katlanılmaz bir hal alabilir. Böyle bir ortamda bulunan yaşlıların depresyon yaşaması şaşırtıcı değildir.

Yaşlanma sonucu oluşan depresyon sonucunda; eski yetilerin kullanımında kayıplar, fonksiyonelite kaybı, kaliteli yaşayamama, tıbbi hastalıkların artması, bakıcıya olan ihtiyacın belirmesi (Saygılı, 2011: 36) gibi durumlar da ortaya çıkmaktadır.

1.3.6. Kişilik Değişikliği ve Alınganlık

İlerleyen yaşla birlikte hafızada performans kaybı, dikkatin yoğunlaşmasında zorluk yaşanabilmektedir. Çevrenin onaylamadığı davranışlar üzerinde kontrol azalır. Duygular daha güçlü olarak yaşanır. Alınganlık belli dereceye kadar normal görülebilir, ancak çevre ile uyum da bozabilir. Alınganlık yaşlılarda başka hastalıklara bağlı olarak da görülen bir durumdur; özellikle depresyon ve Alzheimer hastası olan yaşlılar daha alıngan olurlar (Vilalta-Franch vd. 2006: 590).

Yaşlılık döneminde bir taraftan da eskiye bağlılık artar öte yandan yeni olan şeyler onları korkutmakta ve zorlamaktadır ve mümkün olsa geçmişe dönebilseler, o nokta da yaşayabilseler. Kişiliklerinde bulunduğu halde cimrilik, tutuculuk vb. özelliklerini kontrol altında tutabildikleri halde yaşlandıklarında bu özellikler daha belirgin hale gelebilmektedir (Saygılı, 2011: 32).

1.4. Yaşlanma Teorileri

Burada tanımlanan tüm teoriler ve araştırmaların çoğu, yaşlanmaya genellikle stres, kayıp ve meydan okumanın eşlik ettiği ortak gözlemi teyit etmektedir.

Bununla birlikte, biyolojik veya sosyal-psikolojik teorilerde hiçbir şey yaşlanmayı toplumun bir zorunluluk ya da uyarlamalı bir yanı olarak desteklememektedir. (Kastenbaum, 2000: 326) Bir yandan da yaşlanmayı içeren biyolojik süreçler üzerinde sınırlı bir kontrolümüz olmakla birlikte ancak yaşlanma oluşması kaçınılmaz bir yaşam dönemi olarak karşımızda durmaya devam etmektedir.

İnsan, biyolojik, fizyolojik ve anatomik açıdan değerlendirildiğinde maddi bir varlıktır. Bunlarla birlikte sosyal ilişki ağı içinde yaşamasından dolayı da toplumsal bir varlıktır (Seyyar, 2010: 91). Kaçınılmaz olmasına rağmen yaşlanmayı anlamak, geciktirmek veya yaşlı bireyin daha kaliteli bir yaşlılık süreci geçirmesini sağlamak adına geliştirilen biyolojik ve sosyolojik teoriler aşağıda verilmiştir.

1.4.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri

İnsanı oluşturan trilyonlarca hücrenin her biri ayrı ayrı doğal koşulların etkisine maruz kalmaktadır ve bu etkilerin bir kısmı kalıtsal materyalin bozulumuna neden olmaktadır. Yenilenebilir hücrelerde bu bozuklukların düzeltilebileceğini varsaysak dahi, embriyonik olarak bölünmesi dönüşsüz olarak durdurulmuş hücrelerde, bunu gerçekleştirmenin çok uzun süre olanaksız olduğu varsayılabilir. İşte trilyonlarca hücrenin her birini ayrı ayrı değiştiremeyeceğimize göre, bu hücrelerin kalıtsal yapı bozulumuna bağlı olarak ortaya çıkacak işlev yitirilmesi, yani yaşlanma ve ölüm kaçınılmaz olacaktır. (Demirsoy, 1998: 12).

Biyolojik açıdan yaşlılık bedensel açıdan organların işlevlerinde kayıplar yaşanması hücrelerde azalma ve tahribatın çoğalması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Dış görünüş itibarıyla saçlar ağarır, deride buruşma meydana gelir. Bunun temel sebebi ise hücre sayısındaki azalma ve hücre fonksiyonlarındaki değişimlerdir. Kemiklerde kalsiyum eksikliğinden dolayı kırıklar meydana gelebilir. Eklem romatizması ve kireçlenme gibi yaşlılarda sıklıkla görülen işlev bozuklukları ortaya çıkmaya başlar. (Seyyar, 2007: 311)

Biyolojik yaşlılık Latince “senescere”den (büyüme) gelen “senescence”dir ve olgunlaşmadan ölüme kadar geçen bütün süreyi ifade etmektedir. Biyolojik yaşlığı genel hatlarını açıklamak şöyle mümkündür:

- Bireyin olgunlaşma evresinden sonra yaşlanmaya başlayan yaşlılık döneminden artmış mortalite,
- Yaş almaya bağlı olarak dokuların biyo-kimyasında ortaya çıkan farklılaşmalar,
- Hastalıklara karşı fazlaşan hassasiyet.

Ancak anlatılan bu özelliklerin açıklığa kavuşturulmasına çalışan biyolojik mekanizmalar çoğunlukla teori aşamasındadır ve yaşlanmayı açıklamak açısından yalnız başına yetersizdir (Nalbant, 2006: A12).

1.4.1.1. Serbest Radikal Teorisi

Yapılarında eşleşmemiş elektron bulunduran atom yahut bileşikler, serbest radikaller olarak açıklanmaktadır. Oldukça dayanıksız ve reaktif moleküller olan biyolojik serbest radikallerin elektronları hücredeki diğer moleküllerle etkileşimde olmasıyla birlikte oksidatif strese¹ neden olurlar. Serbest radikaller normal hücresel metabolizma sürecinde oluşum sağlayabildiği gibi, çeşitli birtakım dış etmenler aracılığı ile de oluşabilir (Çakatay ve Kayalı, 2006: 162).

1956 yılında Denham Harman tarafından öne sürülen Serbest Radikal Teori (Theory of Free Radical) kapsamında biyolojik oksidasyondan sonra oluşan serbest radikallerin tesadüfi ve birikimlerin hücre hasarına neden olması doku ve organların yaşlılığına yol açtığını bildirmiştir ve radikallerin büyük çaplı hücresel hasar, mutajenez, kanser ve yaşlanmanın dejeneratif sürecinden sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (Çakatay ve Kayalı, 2006: 163).

Yaşlanma vücutta kendiliğinden oluşan veya dış etkilerle meydana gelen serbest radikallerin hücre zarını, önemli proteinleri, yağları ve DNA'yı hasara uğratmaları ile meydana gelmektedir. Besinlerden enerji elde etmek için gerekli olan oksijenin % 3'lük bir kısmı serbest radikalleri oluşturur. Bununla birlikte sigara, kirli hava, radyasyon, ultraviyole ışınlar da serbest radikalleri oluşturan dış etmenler olarak bilinmektedir (Biçer, 2002: 19).

Serbest radikallerde meydana gelen oksidatif değişimler yaşlılığın dejeneratif hastalıklarında artan bir öneme sahiptir. Yaş ilerledikçe vücuttaki oksidanlar ve anti-oksidanlar hasar yapıcı oksidanların lehine değişmektedir. Bu da vücut sistemlerini hasara uğratmaktadır. Bu hasarlara bağlı olarak hücrelerin büyüme, gelişme ve farklılaşma fonksiyonlarında bozulma, kanser gibi hastalıklar ve ölüm meydana gelmektedir (Ekinci, 2011: 19). Bu teorinin önerdikleri doğrultusunda sağlıklı bir

¹ Biyolojik sistemlerde serbest radikaller ile bunlara karşı süpürücü etkiye sahip antioksidanlar arasındaki dengenin bozulması oksidatif stres olarak tanımlanır.(Özcan vd. 2015)

yaşlanma sürecinin, serbest radikalleri oluşturduğu söylenen faktörlerden uzak durarak daha mümkün olduğu ifade edilebilir.

1.4.1.2. Somatik Mutasyon Teorisi

Somatik Mutasyon Teorisi (Theory of Somatic Mutation) en çok bilinen teorilerdendir. Canlı moleküllerden oluşan hataların toplamı yaşlılığın gelişimine neden olmaktadır. Ortaya çıkan bu durumların sonunda birikim oluşmakta ve fizyolojik aktivite azalmaktadır. (Nalbant, 2006: A13).

Yaşam süresince Somatik hücrelerde biriken mutasyonlar birçok hastalığın oluşmasına neden olmaktadır. Onkojenik mutasyonların somatik hücrelerde birikmesi sonucu yaş ilerledikçe kanser olasılığını arttırması bunun bir örneğidir. Somatik mutasyon teorisi mitokondriyal DNA mutasyonlarını da içine alacak biçimde genişlemiştir (Ekinci, 2011: 20). Somatik mutasyon teorisinin daha özel bir şekli DNA tamiridir (Nalbant, 2006: A13).

1.4.1.3. Hücre Ölümü ve Hücre Yaşlanması Teorisi

Hücre Ölümü ve Hücre Yaşlanması Teorisinde (Theory of Cell Death and Aging) ve genelde tüm biyolojik teorilerde olduğu gibi programlı hücre ölümü olarak tanımlanan apoptozis kavramı ön plana çıkmaktadır. Bugünkü anlamıyla ilk kez Andrew H. Wyllie, John F. Kerr ve Alastair R. Currie tarafından kullanılan apoptozis, spesifik kontrollü, hücre gelişiminin ve yaşlanmasının tüm evrelerinde var olan programlı hücre ölümünü anlatmaktadır. İnsan vücudundaki hücre sayısı, hücre proliferasyonu ve apoptozis arasındaki denge ile düzenlenmektedir. Apoptozis,² intrauterin gelişme sürecinde, doku ve homeostazının sürdürülmesi dönemlerinde, bir savunma mekanizması olarak bazı inflamasyonlarda, ilaç ve dış etkenlere bağlı olarak artar. Yaşlanmayı düzenleyen sinyaller apoptozisi, apoptozisin boyutları ise yaşlanmayı etkiler. Vücuttaki hücreler belli bir sürede, belli sayıda bölünürler ve daha sonra duraklama dönemine girer ve kendilerini yok ederler. Böyle kendi varlığını sürdürememe ile de yaşlanma ortaya çıkar (Arasıl, 2007: 12).

² Apoptoz, organizmanın ihtiyaç duymadığı, biyolojik görevini tamamlamış veya hasarlanmış hücrelerin, zararsız bir biçimde ortadan kaldırılmasını sağlayan ve genetik olarak kontrol edilen programlı hücre ölümüdür (Öztürk, 2002:144).

Hücre Ölümü ve Hücre Yaşlanması Teorisi'nde (Theory of Cell Death and Aging) hücrenin yaşlanması kromozomun telomer bölgesindeki DNA kayıpları ve apoptozis ile bağlantılıdır (Ekinci, 2011: 21)Yaşlanmış hücreler görevlerini yerine getirirken daha fazla yeni hücreler meydana getirememekte ve sonunda da ölmektedir. Bu durum da yaşlanmanın, organizmanın yaşlanması ile doğrudan ilgili olduğunu göstermektedir (Atlı ve Bozcuk, 2002: 112).

1.4.1.4. Kullanmaya Bağlı Eskime Teorisi

Kullanmaya Bağlı Eskime Teorisi (Theory of Aging Due to Use) eklem ve benzeri yapıların zamana bağlı olarak aşınması ile ortaya çıkan teori yaşlanma sürecinin mekanik ve biyokimyasal niteliklerini de kapsamaktadır (Kutsal, 2003: 3). Özellikle eklem ve dişlerde yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan kayıplar bu teoriye örnek olarak gösterilebilir.

1.4.1.5. İmmünolojik ve Hormonal Teori

İmmünolojik ve Hormonal Teori (Theory of Immunological and Hormonal)

iki özellik gösterir:

- Bağışıklık sisteminin işlevsel içeriği yaş ilerledikçe azalır. T – hücrelerinde mitojenlere cevap ve enfeksiyöz hastalıklara direnç azalır.
- Otoimmün hastalıklar ve otoimmün fenomen yaş almaya paralel artış gösterir (Nalbant, 2006: A14).

Timus bezi, endokrin bezi ve epifiz bezinin yaşlanmada etkisi olduğu düşünülmektedir. Endokrin bezlerinin hormon salgılamadaki düzensizliği veya yetersizliği yaşlanmaya neden olmaktadır. Bazı araştırmacılar epifiz bezinde salgılanan melatonin hormonunun az salgılanmasının yaşlanma nedeni olduğunu söylemektedir (Gül vd., 1993: 372). Teori, yaşlanmanın sebebinin, bazı hormonların miktarındaki azalma veya bağışıklık sistemindeki zayıflama olduğunu ileri sürmektedir.

1.4.1.6. Ölümcül Hata Teorisi

Ölümcül Hata Teorisi'nde (Theory of Fatal Error) DNA ve diğer ara moleküllerin üretimi sırasında gerçekleşen protein sentezinde hata gelişimini esas alır. Hatalı veya farklılaşmış bu proteinler yaşlı hücrelerde azalmış klirens paralel birikir ve organizmanın ölümüne sebebiyet verir (Nalbant, 2006: A13).

Biyolojik yaşlanma teorileri kişinin organizmasındaki değişimlerden hareket ederek yaşlanma sürecinin biyolojik yanına odaklanmış ve bu süreçlerdeki değişikliklerle daha sağlıklı yaşlanmanın yollarını araştırmışlardır.

1.4.2. Toplumsal Yaşlanma Teorileri

Yaşlanma yalnızca biyolojik bir durum değildir bununla birlikte sosyal ve kültürel bir durumdur (Özcan, 2010: 31). İnsanın belirli bir yaş döneminden itibaren hayata bakışı, çevresi ile olan ilişkileri ve etkileşimi, psikolojik dünyası bir takım değişimlere ve dönüşümlere uğramaktadır. Birçok yaşlanma teorisi, yaşlı bireylerin içinde bulundukları durumdan hareket ederler ve farklı biçimlerde bu durumun bozulmuş, yetersiz, yani riskli olduğu varsayımına dayanırlar. Bu riskler yalnızca sağlıkla ilgili değil, sosyal kayıplarla da ilgilidir. Bu nedenle bu tür teorilerin geliştirilmesine çoğunlukla sosyoloji öncülük yapmış, daha sonra psikoloji de bunların tamamlanmasına katkıda bulunmuştur (Oktik, 2004: 31).

Bunlardan biri olan başarılı yaşlanma teorisi; Chicago Üniversitesi Bünyesindeki pedagog, psikolog ve sosyologların birlikte çalıştıkları Sosyal Komite üyelerinden R.J. Havighurst tarafından ortaya atılmıştır. Havighurst'a göre yaşlılık dönemindeki sürecin daha iyi geçirilmesi için var olan iki seçenektan birisini bağlanmama/uzaklaşma (disengagement) kuramı, diğerini aktivite kuramı oluşturur. Yani, kişinin yaşamından memnun olması, veya kendini öznel olarak iyi hissetmesi başarılı yaşlanmanın boyutlarından (Whitebourne, 2016): 156 .

Bu teorilerden bir diğeri ise süreklilik teorisidir. Teorinin temelindeki düşünce, orta ve ileri yaşlardaki kişilerin yaşlılığa uyum sağlama süreci sırasında mevcut iç ve dış yapılarını korumaya çalıştıklarıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için alışık oldukları yaşam ortamlarında, alışık oldukları stratejileri kullanarak süreklilik sağlamaya çalışırlar. Süreklilik kuramına göre, gerek içsel gerekse dışsal süreklilik

yaşlı kişilerin hem kendi girişimleri hem de çevrelerinin baskısıyla uyguladıkları güçlü uyum sağlama stratejileri biçiminde ortaya çıkmaktadır (Oktik, 2004: 14).

Bu teorilere örnek vermeye devam edecek olursak bunlar; Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi, Rol Kaybetme Teorisi, Süreklilik Teorisi, Değiş-Tokuş Teorisi, Yapısal Bağımlılık Teorisi, vd. teorilerdir (Kurt, 2008: 91). Sadece biyolojik teoriler yaşlıyı ve yaşlanmayı anlamak için yeterli olmamakta, yaşlanma ve yaşlılığın sosyal ve psikolojik bağlamda da ele alınması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bakımda sadece kişinin organizmasıyla ilgili bir süreç değil, aynı zamanda kişinin manevi, psikolojik ve sosyolojik açıdan içinde bulunduğu durumlarla da yakından ilgili, bakım alan ve bakım alanının çevresindeki insanlarla birlikte aynı zamanda bakım verenleri de içine alarak incelenmesi gereken büyük ölçekli bir kavramdır.

1.4.2.1. Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi

Yaşlılık yaşamsal enerji ve güç kaybına bağlı olarak toplumsal alandan kendini uzaklaştırma dönemi gibi de düşünülmekte ve yaşanmaktadır. Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi (Disengagement Theory) sosyolojik çalışmaların içinde yer alan fonksiyonalist teoriyi baz almıştır ve toplumsal alanda gerontologların geliştirdiği teorilerin başında gelir. Bu teoriye Elaine Cumming ve William E. Henry 1961 yılında başlangıç yapmıştır. Birey olarak yaşlıların sosyal ilişkilerini ve rollerini devam ettirmeye ihtiyaçları olan enerji ve gücünde düşüş (Alptekin, 2011: 14) olduğunun üzerinde durmaktadır.

Geri çekilme teorisi, sosyolojide fonksiyonalist teoriye dayanmıştır. Geri çekilme teorisine göre yaşlı birey var olan toplumsal düzenin yürümesi için ona uyum sağlamak zorundadır. Var olan düzen yaşlıya rolsüzlük rolü veriyorsa istenileni yapmak düzeni rahatlatacaktır. Bu teoriye göre yaşlının yaşlılığa uyum sağlaması zaman içinde yavaş yavaş rollerini ve aktivitelerini bırakarak geri çekilmesi ile mümkündür. Yaşlı, fiziksel alandaki etkinliklerini yavaşlatır, psikolojik olarak dış dünya ile olan ilişkilerini sınırlandırır ve kendini ilgilendiren yaşam alanlarına odaklanmaya çalışır (Canatan, 2008: 49).

Hem bireyin hem de toplumun kârlı çıktığını söyleyen bu teoriye göre; yaşlı birey rol kaybına uğrar, toplumsal çevresi küçülür, toplumsal norm ve değerlere karşı

yükümlülüğü, bağlılığı azalır. Yani teoriye göre yaşlanma kişinin fiziksel, psikolojik ve toplumsal açıdan yaşamdan yavaş yavaş uzaklaşma durumu olarak açıklanmaktadır.. Bu durum toplumun bireye karşı etkin olma baskısını azaltır ve gençlerin topluma dâhil olmasını sağlar. Böylece yaşlı birey toplumsal baskı, stres ve rekabetten kurtulur (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 201).

Bu dönemde toplumsal düzeyde karşılıklı bir geri çekilme yaşanır; yaşlı kişi kendini toplumdan soyutlarken toplum da yaşlıdan uzaklaşır. Yaşlılar farklı geri çekilme davranışları gösterebilirler. Tüm toplumsal rollerin tamamen terk edilmesi veya bu rollere tamamen bağlanma nadiren görülür (Canatan, 2008: 50).

Psikolojik açıdan çekilme süreci, dışarıya doğru olan dikkat, zamanla kişinin içine şahsi duygularına ve isteklerine odaklanması olarak tanımlanabilir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 189). Öte yandan geri çekilme ile tanımlamada hangi davranışların anlatıldığı hususunda zorluklar mevcuttur. Yaşlının bazı aktivitelerden mesela ücret mukabilinde çalışma gibi. Fakat günümüzde sağlıklı olan yaşlılar için birçok uğraşı olduğundan tam anlamı ile geri çekilme söz konusu olmayabilir (Baran, 2004: 48).

Teori içerisinde, yaşlılar ve kendileriyle ilgilenen profesyoneller arasında bir ‘sınır’ oluşturduğu için; yaşlı bireylere verilecek hizmet kalitesindeki ve emekli maaşlarındaki düşüklüğü, düşük bakım standartlarını meşrulaştırdığı için ideal bir araç olarak kullanılabileceğine (Victor, 2005: 48) dair de görüşlerde barındırmaktadır.

1.4.2.2. Aktivite Teorisi

Yaşamdan geri çekilme teorisine tepki olarak ortaya çıkan Aktivite Teorisi (Activity Theory) yaşamdan Çekilme Teorisi’nde iddia edilen “toplumdan uzaklaşmanın yaşlıların doğal ihtiyacı olduğu” savına karşı çıkmaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:1 46).

Havighurst, Neugarten ve Tobin aracılığı ile açıklığa kavuşturulan teori yaşlıların daha önce edindikleri düşünce sistemleri ve yaşam biçimlerine uygun şekilde hayatlarına devam etmeleri ile mutlu bir yaşlılık geçirebileceklerini söyler. Yaşam memnuniyetini sürdürülmesi önceki deneyimlerle elde edilen ancak yaşlılıkta

elden giden önemli yaşam becerileri ve sosyal rollerin başkaları ile değiştirilerek yaşanmaya devam ettirilebilmesi ile mümkündür. Kuzey Amerika’da bu durum önemli oranda deneyimlenmiştir. Kişilerin yaşamları süresince edindikleri ve ilerlettikleri tecrübeler ve yaşamdaki etkinlikleri onların geri kalan hayatlarına yön verdiğinden (Bondve Brigss, 1996: 31-40) bahsedebilmektedir.

Yaşlıların psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının orta yaşlı bireylerin ihtiyaçlarıyla hemen hemen aynı olmasından dolayı yaşının toplumdan kopma düzeyi, önceki yaşam düzeyi, sosyo-ekonomik durumu ve sağlık şartlarına bağlıdır. Bu nedenle başarılı yaşlanma orta yaşlarda edinilmiş davranışlara, bu dönemdeki alışkanlıkların yaşlılıkta da sürdürülmesine bağlıdır (Özcan, 2010: 36).

Yaşlı bireylerde etkinliğin azalması, içinde yaşadıkları toplumla ilgilidir. Toplum yaşlı bireyden uzaklaşsa da yaşlı, orta yaş etkinliklerini sürdürmek ister (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:146).

Bu teori yaşamda etkin olan yaşlıların, etkin olmayanlarına nazaran daha iyi bir uyum sağladıklarını ve daha çok doyum sağladıklarını savunur. Sosyal aktiviteler bireyin sosyalizasyonuna destek sağlar. Gerontoloji profesyonelleri yaşlı bireyler için yeni sosyal rolleri geliştirecek çalışmalar yapmaktadırlar. Bunlara örnek olarak emeklileri biraraya getiren gündüzlü yaşlı merkezlerini (Hoyman, Kiyak, 1988: 67) düşünebiliriz.

Yaşlıların tam anlamıyla yaşama katılmaları başarılı yaşlanma için önemlidir. Eğer yaşlı birey yaşama katılmıyorsa bunun nedeni sağlık sorunları, yakın akraba kaybı veya bireyin hayata katılım kanallarının tıkanması olabilir ve bu durumda yapılacak ilk şey bu kanalları açmak veya yeni kanallar yaratarak yaşlıların katılımını sağlamaktır (Kalaycıoğlu vd., 2003: 33). Kısaca yaşamının sonuna kadar aktifliğini sürdüren kişiler çok daha huzurlu ve keyifli bir yaşlılık dönemi yaşamaktadırlar. Bundan dolayı iyi bir yaşlılık dönemi geçirebilmek için aktifliğin ömür boyu korunması önemlidir.

Teorinin iki önemli noktası vardır:

- İçsel doyum ve yaşamsal memnuniyetle ortaya çıkan sosyal uyum ve sosyal ağlara dahil olma arasında pozitif bir durum vardır. Yani çok daha fazla sosyal faaliyet içine girenler, yaşamsal harmoni içinde olanlar, hayatta da doyum yaşarlar.

- Sosyal rollerde kayıplar yaşanması yaşamsal doyumla yakından ilgilidir ve yenileri ile ikame edilmelidirler. Ancak bu tanımlamalar kanıtlarla doğrulanmamıştır (Victor, 2005: 15).

1.4.2.3. Rol Bırakma Teorisi

Rolle ilgili çalışmalar bireylerin yaşlılığa nasıl uyum sağladığını açıklamada sosyal gerontologların ilk çabalarıdır. İnsanlar yaşamları boyunca birçok sosyal rolü yerine getirirler; öğrenci, baba, anne, çocuk, iş adamı/kadını, danışman, büyükbaba/büyükanne vb. gibi. Bu roller, bireyi sosyal varlık ve kendilik algısının temeli olarak tanımlar ve tarif eder. Her sosyal rol belli bir yaşla ya da belli bir yaşam basamağıyla birleşmiştir (Canatan, 2008: 51).

Rol teorisi, sosyo-kültürel ve antropolojik araştırmalara dayalı bir grup kavramdan oluşur; bu kavramlar; insanların davranışlarının sahip olduğu çeşitli sosyal konumlardan ve bu konumlarla ilgili beklentilerden nasıl etkilendiğini ele almaktadır (Barker, 1999: 419).

Her toplum yaş normlarını sosyalizasyonla aktarır. Sosyalizasyon bireylere yeni rollerine nasıl uyum göstereceklerini, eski rollerini nasıl bırakacaklarını ve toplumla nasıl bütünleşeceklerini öğretir. Süreç içinde sosyal rollerin içeriği değişir, yeni roller eklenir ve bazıları terk edilir. Örneğin emeklilikten sonraki rol konusunda yaşlı kişi bir belirsizlik yaşayabilir. Bu duruma “rolsüzlük” adı verilmektedir. Ancak günümüzde bazı yaşlılar farklı rol modelleri geliştirebilmekte ve bu belirsizliği bertaraf edebilmektedir (Canatan, 2008: 52).

1.4.2.4. Süreklilik Teorisi

Robert C. Atchley The Gerontologist adlı dergide 1971 yılında yayınlanan “Emeklilik ve Boş Zaman Katılımı: Süreklilik mi, Kriz mi?” başlıklı makalesiyle süreklilik teorisini (Continuity Theory) ilk kez ortaya atmıştır. Daha sonra 1989 yılında yayınlanan “Normal Yaşlanmanın Süreklilik Teorisi” başlıklı makalesinde teorisini büyük ölçüde geliştirmiştir. Bu makalede süreklilik teorisini, sürekliliğin içsel ve dışsal yapılarının gelişimini açıklayacak şekilde geliştirmiştir (Achenbaum, ve Albert, 1995: 55). Bu teori, yaşlıların gençken sahip oldukları davranışlar, kişilik

ve ilişki özelliklerini genellikle yaşlandıklarında da sürdürdüklerini ifade etmektedir. Yaşlılar, geçmiş deneyimleriyle bağlantılı birtakım stratejileri benimseyerek yaşam tarzlarını sürdürmeye çalışırlar (Atchley, 1989: 190).

Süreklilik teorisi, yaşlının yaşamı süresince bazı rollerinden uzaklaşması ile birlikte ve diğer birtakım rollerin devam ettirilmesini esas almıştır. Yaşlı insan kaybettiği rollerinin yerine yenilerini geliştirerek çevresine uyum sağlamaya devam eder.

Bu teoriye göre, geçmişimizde nasıl yaşamışsak, yaşlılığımızda da bu yaşama uygun davranırız. Hatta yaşlandığımızda kişiselleştirdiğimiz özelliklerimiz çok daha fazla görünür olur dolayısıyla değerler de ön plana çıkar. Süreklilik teorisine göre bu, yaşam doyumunun temelidir. Fertler böylece başarılı bir yaşlanma için genel normlara uyum sağlamaktan ziyade kendi standartlarını geliştirirler (Hoyman ve Kiyak, 1988: 72). Bu teori yaşlanmanın karmaşık süreçlerine işaret etmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:147).

Ancak teori, yaşlılıkla baş etme durumunu açıklamada başarılıdır. Yaşlının hangi rollerini bırakıp hangilerini devam ettireceğine karar vermesinde ise ekonomik koşullar ve sağlık gibi etkenler dolayısı ile yaşam biçimi önemli role sahiptir (Victor, 2005: 32). Birey koşullar da elverdikçe istediği roller sürdürmekte kendi inisiyatifini aldığında daha etkili yaşlanma süreci ve getirileriyle baş edebilecektir denilebilir.

1.4.2.5. Sosyal Çöküş Teorisi

Etiketleme teorisinin bir devamı olarak, rol kaybı ve belirsizlik yaşayan yaşlının nasıl hareket edeceğini bilemeyip çökkünlük yaşayabileceğini ifade eden teoridir.³ Bu teori, bireyin benlik bilinci, kendisi ile toplum arasında aracılık yapabilme kabiliyeti ve kişisel becerilerini yönetebilme gibi niteliklerinin, yaşam boyunca deneyimlenen sosyal etiketleme türlerine bağlı olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca çevrenin, yaşlıların benlik kavramlarını olumsuz etkileyen birtakım sosyal etiketler yaratılmasına elverişli olabileceğini ileri sürmektedir. Bunun sonucunda bu etiketlemeye maruz kalan kurbanlar kendilerinin yetersiz, baş belası ve topluma

³ Örnek olarak; eşini kaybeden bir yaşlı, evini satıp çocuklarının yanına mı gitmelidir, yoksa yalnız kalmaya devam mı etmelidir?

faydasız oldukları görüşünü kabul ederek ve buna inanıp buna göre davranarak bir kısır döngü içerisine girerler (Kuypers ve Bengtson, 1973: 200).

Sosyal çöküş teorisini yaşlılığa uygulayan Vern Bergston ve arkadaşları, stereotipik beklentilerin, küçük ve nadiren görülen “işlev bozukluğu” veya “yanlış davranış” örneklerinin, nasıl bazı ciddi sorunlara işaret ettikleri şeklindeki yorumlamada kullandıklarını inceleyen bir model önermişlerdir. Böylece sapma davranışında bulunan kişinin, toplumun genel dokusuna uygun olmadığı kabul edilir. Eğer bu kişi tartışarak veya kızgınlıkla yanıt verecek olursa, bu da problemin mevcut olduğuna dair bir kanıt olarak kabul edilir; bu durum, bireyler için oldukça tahrip edici sonuçları olabilecek olan “kısır döngü” yorumunu tamamlayan bir anormallik üretmektedir. Bundan dolayı sosyal çöküş teorisi, kendini tamamlayan bir sistem ve “kendini gerçekleştiren kehanet”⁴ olarak değerlendirilmektedir (Putney, Alley, ve Bengtson, 2005: 92).

1.4.2.6. Sosyo-Çevresel Teori

Sosyo-Çevresel Teorisine (A Socio-Environmental Theory) göre yaşlılar ne kadar aktif olurlarsa moralleri de o kadar yüksek olacaktır. Yaşlının potansiyel etkinlik beklentileri her durumda birbirinden farklıdır. Bu teori üç kısımdan oluşmaktadır. Birincisi normatif kısımdır ve sosyal durumlarda bireylerce paylaşılmış açıkça bilinen davranış beklentilerini içerir. İkincisi bireysel kısımdır ve bireylerin davranışlarının etkinlik derecelerinin birbirinden farklı olduğunu ifade eder. Üçüncü kısım ise kişiseldir ve kişilerin başkalarıyla ilişkilerinde olduğu kadar kendileri için de bireysel etkinliklerin ve normların anlamlarını dikkate aldığını ileri sürer. Açık ve görünen bireysel davranışlara normlar ve bireysel anlamlar uyumlu olursa yaşlı kişinin refahı üst seviyede olacaktır (Canatan, 2008: 62).

1.4.2.7. Yaşam Rotası Yaklaşımı

Yaşam Rotası Yaklaşımı (Life Course of Theory) yaşam boyunca değişen çeşitli rolleri dikkate almaktadır. Yaşam rotası teorisi gelişimin yaşam boyunca

⁴ Uluslararası literatürde “self-fulfilling prophecy” olarak ifade edilen bu kavrama sıkça atıfta bulunmaktadır.

devam ettiğini, statik olmayıp dinamik olduğunu ve yaşamın tek bir kesitiyle kısıtlı olmayıp bütününe yayıldığını ileri sürmektedir. Gelişim çok yönlüdür, bazı yönleri itibariyle gerileme gibi görülen durum bazılarında ise gelişme olarak görülebilir. Bu yaklaşım, “yaşlılığın sosyal bağlantılarını tarih, kültürel anlamlar ve sosyal yapı içindeki pozisyonla şekillendirilen girişim” olarak değerlendirmektedir (Canatan, 2008: 65). Yaşam rotası yaklaşımına göre zaman ve dönem, çağın bireyler ve sosyal gruplar için yaşlanma sürecini nasıl şekillendirdiğini açıklamaya çalışmaktadır.

Süreklilik kuramına göre orta ve ileri yaşlardaki bireylerin yaşlılığa uyum sağlama süreci sırasında mevcut iç ve dış korumaya alıştırlar. Bunu sağlamak için bireyler alışık oldukları stratejileri kullanarak süreklilik sağlamaya çalışırlar. Gerek içsel ve gerekse dışsal süreklilik yaşlı bireylerin hem kendi girişimleri hem de çevrelerinin baskısıyla uyguladıkları güçlü uyum sağlama stratejilerini ortaya çıkarmaktadır. İç ve dış sürekliliğin var olabilmesi için söz konusu olay ve ilişkilerin sürekli nitelikte olması gerekmektedir (Oktik, 2004: 33). Yaşlının anlaşılması, yaşlanma sürecinde yaşanan deneyimlerin değerlendirilmesi sırasında bu teoriler bize çok önemli bilgiler vermektedir.

1.5. Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü; Aktif yaşlanmayı, 1990’lı yıllarda gündemine almıştır. Aktif yaşlanma; kişilerin yaşlanmaları sırasında sağlık, katılım, güvenlik ve benzeri uygulamalara ulaşabilirliklerini en üst seviyede giderilmesi anlamında değerlendirilmiştir

Avrupa Komisyonuna Eurobarometer aracılığı ile Avrupa’da yirmi altı binin ve Türkiye’de binin üzerindeki kişiyle yüz yüze mülakat yapılarak verileri toplanan araştırma sonuçlarına göre; Türkiye’de ortalama 58 yaşından itibaren yaşlılığın başladığı, Avrupa Birliği ülkelerinde ise ortalama 64 yaşından itibaren yaşlılığın başladığı düşüncesinin yaygın olduğunu göstermiştir. Araştırmaya katılanların yüzde 35’inin Türkiye’deki 65 yaş ve üzerindeki bireylerin artışı ile ilgili olarak endişeli oldukları belirlenmiştir. Bu oran Avrupa Birliği ülkelerinde yüzde 42 olarak tespit edilmiştir (AB Bakanlığı/Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı, 2012)

Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. 2011).

Türkiye İstatistik Kurumu Yaşam Memnuniyeti Araştırmasına göre; 65 yaş ve 65 yaşın üzerindeki kişiler için yorumlandığında aşağıdaki sonuçlar kaydedilmiştir.

- ✓ 65 yaş ve üzeri yaşlılardan bireylerin % 96,74'ü yaşlanmasi ile ilgili herhangi bir toplumsal baski hissetmediklerini % 2,39'u ise böyle bir baskiyi bazen hissettiklerini açıklamışlardır.
- ✓ Yaşlı bireyleri mutlu eden kişilerin başında % 19,70 çocuklar, % 6,54 torunlar ve % 5,19 eşleri olduğunu belirtmişlerdir. Yaşamda en önemli mutluluk sebebini ise % 85,64 ile sağlık olarak değerlendirmişlerdir. Öte yandan iş, başarı vb. durumları fazla önemsemedikleri anlaşılmaktadır. Sağlıkta %7,54 sevgi ve % 4,05 paraya sıra ile değerli olduğunu vurgulamışlardır.
- ✓ Yaşlı bireylerin yaşamdaki mutluluk hissiyatları araştırıldığında % 7,41'inin çok mutlu, % 50,41'inin ise mutlu olduğu görülmüştür.
- ✓ Yaşlıların hayata karşı hissettikleri umut % 12,14 oranına % 70,25 ve çok umutlu olma düzeyleri ise yaşlılarda % 5,03, ve gençlerde % 67,87 şeklinde belirlenmiştir (Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014: 49).

Türkiye'de kişilerde, yaşlılık belirtilerinin erken yaşlarda görülmeye başladığı anlaşılmaktadır. Ancak alandaki tüm bakış açısı ve verilerin 65 yaş ve 65 üstü şeklinde yapılıyor olmasına rağmen hizmet beklentilerinin daha erken yaşlarda olduğunu ortaya çıkmaktadır. Bu durum hizmet sunumu beklentisi ile sunum arasındaki planlama da farklı değerlendirme olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hizmetlerden memnuniyet oranlarına dikkat ettiğimizde 65 ve daha üstü yaştaki kişilere verilen kamu hizmetlerinden memnuniyet elde edilebildiğini göstermektedir.

Bunlara ek olarak Emekli maaşlarından memnun olmamaları, doktorların kendilerine olan tutumlarının beklentilerini karşılamadığı veya belediyeler ve kaymakamlıklar aracılığı ile sunulan hizmetlerden yeterince haberdar olmadıkları yönünde veriler vardır. Ayrıca yine bu araştırmanın sonucuna göre yaşlılar için çocuklar ve torunlar ile bir arada olmanın duysal ve psikolojik açıdan yaşam

kalitesini etkilediğini; sağlıklı olmanın ise fiziksel açıdan yaşam doyumunu sağlamaya yardımcı olduğunu görmekteyiz. Bu noktadan hareketle yaşlanma sürecinde aile üyelerine ve yakın çevrenin desteğinin ayrıca sağlıklı hissetmelerinin yaşlıların yaşam kalitesine önemli katkı sağlayacağını söylemek mümkündür (Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014: 42-43).

1.5.1. Tarihsel Gelişim

Gerontolojik çalışmalara konu olan “başarılı yaşlanma” ilk kez M.Ö.44 yılında Cicero (Romalı filozof ve devlet adamı) tarafından dile getirilmiştir. Cicero “De Senectute” isimli eserinde yaşlılığın bir düşüş ve kayıp safhası olmadığını, aksine pozitif yönde değişiklikler ve üretken çalışmalar için bir fırsatlar dönemi olduğunu iddia etmiştir (Rowe ve Khan, 1998: 324).

Başarılı yaşlanma konusundaki çalışmaların önem kazanması yaşlı nüfusun artışıyla başlamıştır ve her ne kadar tarihi kökenleri çok eskiye dayansa da konuyla ilgili bilimsel araştırmalar 1944 yılından sonra artmıştır. Başarılı yaşlanma konusundaki çalışmaların hız kazanmasında 1984 yılı önemlidir. Bu tarihte “insanlık durumunun geliştirilmesi için yapılan bireysel ve kurumsal çalışmaları desteklemek” amacıyla kurulan Mac Arthur Vakfı, biyoloji, nöro-psikoloji, epidemoloji, sosyoloji, genetik, psikoloji, geriatri gibi pek çok disiplinden bilim adamlarını bir araya getirmiş ve başarılı yaşlanma konusunda bilimsel bir çalışma grubu oluşturmuştur (Danış, 2006: 371)

1998 yılında Mac Arthur Vakfı desteğiyle yayınlanan “Başarılı Yaşlanma” isimli çalışma bu konuda yazılmış ilk kitaplardan biridir. John Wallis Rowe ve Robert Luis Kahn tarafından yazılan kitapta on yıllık bir zaman diliminde ve dört bin yaşlı ile başarılı yaşlanmanın temel belirleyicilerini saptamak amacıyla yapılmış araştırmanın sonuçlarına yer verilmektedir.

Kitap temel olarak yaşlanma süreci üzerine genetik faktörlerden ziyade bireyin yaşam tarzının önemli olduğunu, genetik faktörlerin fiziksel yapıda sadece yüzde otuz, bilişsel yapıda ise yüzde elli oranında etkili olduğunu ve yaşlandıkça genetik özelliklerin etkisinin azaldığını söylemektedir. Kitap iyi bir yaşam için Freud’un da dile getirdiği “sevmenin ve çalışmanın” önemini tekrarlamakta, severek

ve çalışarak elde edilebilecek yakın insani ilişkileri ve üretkenlik ile bireyin biopsiko-sosyal iyilik halinin güçleneceğini ifade etmektedir (Rowe ve Kahn, 1998: 214).

1.5.2. Yaşlanma Modelleri

Başarılı yaşlanma; yaşlanmayla birlikte kişisel yeterlilik açısından kendi ayakları üzerinde durabilme becerisini yitirmemek, yaşa bağlı doğal farklılıklarla birlikte yaşamdan alınan doyum ve kişisel amaçların gerçekleştirilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Daha çok duygusal ve sosyal boyutlara odaklanan tanımlara göre de, hayatla bütünleşmek için var olan fiziksel psikolojik, sosyal becerileri devam ettirmek başarılı yaşlanmaktır denilebilir. Aynı zamanda başarılı yaşlanmanın, kişiyi kendi yaş gurubuyla ele alıp, ortalama olarak fonksiyonel kayıp göstermeme veya bu kaybın az olması, hayatla olan ilişkiyi kaybetmeme durumu olarak da değerlendirebiliriz (Seyyar ve Genç, 2010:839).

1.5.2.1. Baltes Modeli

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan biyolojik değişimlerin; bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamasına yol açtığını kabul eden Baltes ve Baltes (1990: 23), yaşın, öğrenim durumunun, karar alma süreçlerine katılımın başarılı yaşlanma süreci için önemli belirleyiciler olduğunu öne sürmektedir. Bu yaklaşıma göre yaşlılıkta olumlu gelişimsel değişim için yaşlı bireyin var olan potansiyeli önem taşımaktadır. İki temel varsayım üzerine inşa edilen yaklaşıma göre;

- Yaşlı bireylerin kullanılmamış yedek kapasiteleri vardır.
- Var olan bu kapasite yaşlanma ile ortaya çıkan düşüş ve kayıpları dengelemek ve telafi etmek için geliştirilebilir.

Başarılı yaşlanma için Baltes ve Baltes üç aşamalı “Telafi edici seçmeli optimizasyon ile” en üst düzeye ulaşma (selective optimization with compensation) isimli bir model öne sürmektedir. Bu modele göre;

- 1) Yaşlanma sürecinde birey eski yetenek ve sorumluluklarını eski performans düzeyinde sürdüremeyeceğini, bu standardı sürekli koruyamayacağını kabul etmelidir. Bu sorunun çözümü için yaşlı bireyler öncelik tanıdıkları daha az

sayıda sorumluluk veya performans alanları seçmeli ve bu alanlar üzerine yoğunlaşmalıdırlar.

- 2) Yaşlı bireyler seçtikleri alanlarda çalışmalar yapıp, yeterli zaman ayırarak performanslarını daha üst seviyeye yükseltmelidirler.
- 3) Yaşlı bireyler yetenek ve güç kaybını ortadan kaldırmak üzere devamlı alternatif yöntemler bulmaları gerekmektedir.

Yaşlılar teknolojiye ve diğer kişilerden faydalanarak yeni stratejiler ve mantıklı yöntemler ortaya koyarak hedefledikleri performansı yakalayabilirler.

1.5.2.2. Pfeiffer Modeli

Başarılı yaşlanmanın analizi için klinik bir bakış açısı sunan modelde, başarılı yaşlılık, yaşlanmaya paralel beklenen fiziksel, bilişsel ve sosyal inişte ortaya çıkan tüm yeni durumlara adaptasyon; acı ve arızaları en aza indirme, bilişsel, fizyolojik ve psiko-sosyal kayıplara rağmen kişinin ihtiyaçlarını gidererek, hayatı keyifli geçirmesi olarak ortaya konulmaktadır (Hansson ve Carpenter 1994: 123).

Modele göre yaşlılıkla beraber yetenek, sosyal ilişkileri sürdürme ve aynı zamanda birtakım sosyal faaliyetlerin içerisinde bulunma oranında düşüşler yaşanır ve yeni durumlara uyum sağlamak için yapılması gerekenler şunlardır:

- Emekli olma hali, yakın çevrede yaşanan kayıplar veya yaşamda meydana gelen farklılıkların ardından ortaya çıkan yeni durumları yeni sosyal roller edinerek, yeni arkadaşlar bularak telefi etmek.
- Kazalar veya hastalıklarla birlikte ortadan kaybolan kapasite ve gücü tekrar elde etmektir.
- Yaşamın erken zamanlarında ortaya çıkan değişimler karşısında her zaman başlangıç noktasının olumlu olarak düşünülmesinin gelişime imkan vereceğini ve potansiyelin de bu değişimlerle birlikte görülebileceğini kabul etmek.
- Hali hazırda bulunan fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyonları korumak ve aktif halde sürdürmek .

Pfeiffer'ın başarılı yaşlanma tanımı, yaşlanma sürecinde meydana gelen bireysel algı veya tanımlama değişikliği, yetenek ve hareket kabiliyetindeki sınırlamalar,

fiziksel düşüş ve benzer değişimlerle baş edebilmek için farklı alternatiflerin ikame edilmesi, böylece ileri yaş döneminde arzu edilen rol ve ilişkilerin sürdürülebileceği temeline dayalıdır (Hansson ve Carpenter, 1994: 141).

1.5.2.3. Rowe ve Kahn Modeli

Rowe ve Kahn Modeli başarılı yaşlanmayı birbiriyle ilişkili üç ana bileşen kapsamında ele almaktadır:

- Hastalık ve hastalıkla ilintili engellilik olasılığının düşüklüğü
- Yüksek bilişsel ve fiziksel kapasite
- Yaşamla aktif etkileşim

Bu üç farklı ancak bir araya geldiği zaman başarıya yol açan faktörler kendi içlerinde alt öğeleri de kapsamaktadır. Örneğin, düşük hastalık olasılığı sadece kronik hastalığa sahip olmamayı değil aynı zamanda hastalığa yol açan faktörlerin de olmamasını, hem fiziksel hem de bilişsel iyilik halinde olmayı gerektirmektedir (Rowe ve Kahn, 1997: 438).

Başarılı yaşlanmayı üç temel bileşen ile tanımlıyoruz: hastalık ve hastalıkla ilgili özür ihtimalinin düşük olması, yüksek zihinsel ve fiziksel fonksiyonel kapasite ve aktif olarak yaşama bağlılık. Üç terimde görecelidir ve aralarındaki ilişki belli oranda hiyerarşiktir (Kahn, 2002: 725-726).

Yaşlılık döneminde, öğrenme ile yakın bellek bilişsel fonksiyonelliğin göstergesi; günlük yaşamsal faaliyetlerini sürdürürken herhangi bir güçlük ile karşılaşmamak fiziksel olarak işlevselliğin bir göstergesidir. Bellek fonksiyonlarının ve bilişsel kapasitenin korunması ve sürdürülmesi; eğitim, evde ve çevrede aktif olma ve kişisel yeterlilik gibi faktörlere bağlıdır. Bilişsel aktiviteyi doğrudan etkileyen en önemli gösterge eğitimidir .

Yaşlılık döneminde sağlık durumuyla doğrudan ilişkili olumlu yöndeki etkileşimlerin iki farklı biçimi önemlidir:

- 1) Sevginin ifade edilmesi, saygı gösterme ve yüz yüze iletişime dayalı benzer biçimlerini içeren sosyal- duygusal destek.
- 2) Doğrudan yardım, fiziksel destek sağlama, günlük işlerin yapılması, ulaşım hizmeti sunma ve para yardımı gibi destek biçimlerini içeren araçsal destek.

Her iki destek türü de farklı durum ve ihtiyaç alanlarında etkin olabilmektedir (Rowe ve Kahn, 1998: 245)

Bu bilgilerin ışığında model ,sosyal ilişkiler ile yaşlı birey üzerindeki etkileri ile ilgili üç sonuç çıkmaktadır:

- İzolasyon (sosyal bağların eksikliği) sağlık için risk faktörüdür.
- Duygusal ve araçsal destekler sağlık durumu üzerinde olumlu etkilere sahiptir.
- Destekleme eyleminde tek düze bir destek türü söz konusu değildir. Birey ve durumun ihtiyaç ve gereklerine uygun biçimde geliştirilen destek eylemlerinin etkinliği daha yüksektir (Rowe ve Kahn, 1998: 425).

Baltes ve Baltes modeli yaş ile beliren fiziksel, zihinsel, durumsal kötüye gidişleri kabul ederek bu durumda yapılması gerekenleri vurgular. Rowe-Kahn modeli ise bireylerin, fiziksel ve zihinsel kapasitelerini korumak ve geliştirmek için neler yapılabileceği üzerinde durmaktadırlar. Riley ve Riley modeli, yaşlılıkta başarı için toplumların: kanun, örgütsel politikalar, kaynak sağlanması yoluyla, fırsatlar oluşturularak bireylerin başarılı yaşlanması kolaylaştırılacağına vurgu yapar (Kahn, 2002: 725-726).

Söz konusu olan başarılı yaşlanma teorileri gözden geçirildiğinde ortak noktalarının; yaşlılık ve yaşlılığın getirdiği durumlara uyum, yaşlılık sonucunda uzaklaşılan ya da yaşamın önceki evrelerinde mümkün olan ancak yaşa bağlı olarak artık mümkün olmayan ya da zorlaşan eylem ya da süreçlerin telafisi ve yaşlı bireyin “aktif olması” başlıklarını kapsamaktadır.

Bu teorilerde sosyal, ekonomik, psikolojik ve fizyolojik kayıplar ve bunların telafi edilmesi ile ilgili çalışmalar yapılması üzerinde durmaktadır. Bu durum hayata ve özelde de yaşlılığa bakış açısını yansıtmaktadır. Oysa farklı kültürlerde ve inanç sistemlerinde yaşlılık yaşamsal bir evre olarak görülmekte, kaçınılması veya telafisi gereken bir dönem gibi algılanmamaktadır. Bu yaklaşım toplumsal olarak yaşlılara bakışı ve yaşlılarında kendilerine olan bakışını olumlu etkilemektedir.

1.6. Yaşlanmanın Demografik Boyutu

Tıbbi gelişmelerin, kök hücre transplantasyonu, genetik bilimlerdeki hızlı ilerlemelerin gelecek on yıllarda kronik hastalıklara bağlı ölümlerde de ciddi oranda düşüslere neden olacağını, bu gelişmelerin de gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam beklentisini 20 yıl kadar arttırarak yaklaşık 100 yaşa kadar ulaştırabileceği de tahmin edilmektedir (Özcan, 2010: 17). Dünya genelindeki demografik öngörüler de, önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun genel nüfusta kaplayacağı alan ve buna bağlı olarak zaten hali hazırda var olan ihtiyaçların o günlerdeki yansımaları hakkında kabaca fikir vermektedir.

Nüfusun yaşlanmasını, bir ülkenin nüfusu içinde 65 yaşını geçenlerin sayısının o ülkenin toplam nüfusuna olan oranı belirlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü 1989 yılında 64 yaşın bitimini (65 yaş), yaşlılığa adım atmak olarak benimsemiştir. Gelişmiş ülkelerin sahip olduğu sağlık istatistiklerinde 64 yaşın bitiminde ve 65 yaş üstündeki bireyler hem geniş sayıda yer almakta hem de cinsiyet açısından heterojen bir durumu göstermektedir (Tümerdem, 1992: 242) .

Demografik değişim, nüfusun yaşlanmasından çok daha fazla şeyi içermektedir. Aile yapısındaki dönüşümü, iş gücüne katılım oranındaki farklılaşmayı bu anlamda değerlendirmek mümkündür. Şehirlileşme ile geniş aile sayısında düşüş gerçekleşmiş özellikle az çocuklu (bir-iki çocuklu) her iki ebeveynin de çalıştığı aileler yaygınlaşmıştır.

Evlenmeler, zorunlu eğitim sonlanıncaya ve bir iş elde edebilinceye kadar ertelenmiştir. Kadının toplum içindeki sosyal rolü önemli biçimde farklılaşmıştır. Sonuçta nüfus yaşlanmaktadır; buradan anladığımız ise artan sayıda hanenin çocuğu bulunmayan yaşlı diye nitelenen bireylerden oluşmuş olmasıdır. (Özdemir 2004: 242).

1.6.1. Dünya Geneline Yaşlanma

Küresel yaşlanmanın en önemli nedeni, doğurganlık yüksek düzeyden aşağı düzeye doğru azalırken yaşama yaşının yükselmesiyle demografik geçişin yaşanmasıdır. Doğum hızının yaşam beklentisinin artışına paralel olarak düşmesi, birçok bölgede görece genç nüfusun yerini yaşlı nüfusun alması şeklinde, nüfus

yapısını yeniden şekillendirmektedir. Doğurganlık düzeyinin düşmesi 0-14 yaş grubundaki nüfusun azalmasına ve orta yaş grubundaki nüfusun artmasına neden olmaktadır.

2015 yılı itibariyle küresel nüfusun yüzde 12'sini oluşturan 60 yaş ve 60+, 901 milyon yaşlı bulunmaktadır. 60 yaş ve üzeri nüfus yılda yüzde 3.26 oranında büyümektedir. 2015 yılı itibariyle Avrupa nüfusu dünya üzerindeki 60 ve 60+ nüfusun en büyük yüzdesine (yüzde 24) sahiptir, ancak dünyadaki diğer bölgelerde de hızlı yaşlanma görülmesi beklenmektedir.

2050 yılına kadar Afrika dışındaki dünyanın tüm önemli alanlarının genel nüfusunun yaklaşık dörte biri ve ya dört birinden fazlasının 60 yaşında olması beklenmektedir. Dünyadaki yaşlı insan sayısının 2030 yılında 1.4 milyar, 2050 yılında 2.1 milyar olacağı ve 2100 yılında 3.2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (UNDESA, World Population Prospects 2015: 7).

Değişen sosyal ve ekonomik yapı doğumda beklenen yaşam süresinin artmasını sağlamakta ve yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranını yükseltmektedir. Öte yandan modernitenin sosyal yansıması olarak özellikle gelişmiş ülkelerde görülen doğurganlık hızındaki düşüş yaşlı nüfus oranının daha da artmasına yol açmaktadır (McDevitt 1996: 3) .

Demografik yaşlanma sonucunda ise sadece sosyal ihtiyaçları fazla olan bireylerde artış olmuyor, aynı anda işgücüne katılan birey sayısı da azalıyor, bunun sonucunda sosyal harcamaların kaynağı olan vergiler ve katkılar erimektedir (Özdemir, 2004: 248). Nüfusun yaşlanması ve yaşlı nüfus artışı, o toplumun sosyo-ekonomik kalkınmasını da etkilemektedir. Yaşlı nüfus genelde tüketici durumda olan bir kesimdir. Üretime katkısı çok azdır ve sınırlıdır. Toplumların dinamizmi, üretkenliği ve refahı genç nüfusun niteliği ve niceliği ile doğru orantılıdır. Yaşlı nüfus arttığında, çalışan bir bireyin bakacağı tüketici sayısı da artmaktadır (Tekin 2005: 22). Öte yandan sosyal hizmet ihtiyaçları ve beklentisi de yükselmekte bu yöndeki harcamalar da ülke bütçelerini zorlamaktadır.

1.6.2. Avrupa Kıtasında Yaşlanma

AB-28'in nüfusu, 1960 yılında 406.7 milyon iken 2016'da 5 510.1 milyona yükselmiştir. Nüfus artışı, son on yıllarda yavaş yavaş düşmüştür: Örneğin, AB-28'in nüfusu, 2005-16 döneminde yılda yaklaşık 1,5 milyon kişiye olarak belirirken 1960 yılında bu artış ortalama 3,3 milyon kişiydi. 80 yaş ve üstü nüfusun AB-28 nüfusundaki payı 2015-2080 yılları arasında% 5,3'ten% 12,3'e yükselmiştir (Eurostat, Population Structure and Aging 2016). Yaşlı nüfusun ileri derecede yaşlanması ve herhangi bir diğer yaş grubundan daha hızlı bir şekilde artması, nüfusun yaşlanmasının diğer önemli bir belirtisidir.

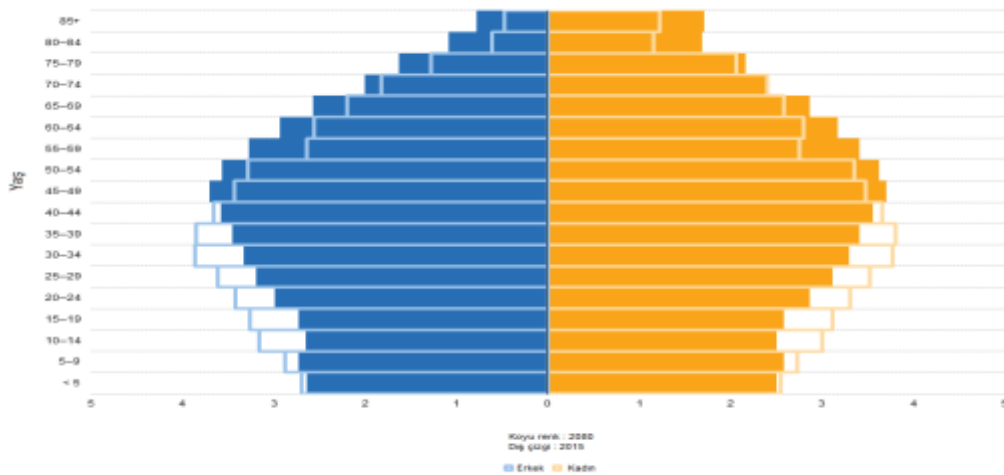
Nüfusun yaşlanmasının göstergelerinden biri de doğumla beklenen yaşam süresinin uzamasıdır. Aşağıda AB- 28 ve bazı Avrupa ülkelerindeki cinsiyete göre doğumla beklenen 2014 yılı yaşam süreleri gösterilmiştir. Bu verilerden hareketle yaşlı nüfusun artışı ve düşen doğum oranları ile birlikte Avrupa'nın Dünya'daki yaşlanma trendinde başı çekmeye devam edeceğini söylemek mümkündür.

Tablo 1: AB 28 ve Bazı Avrupa Ülkelerinde Cinsiyete Göre Doğumla Beklenen Yaşam Süreleri, 2014

Ülkeler	Toplam	Erkek	Kadın
AB-28 ülke	80,9	78,1	83,6
Almanya	81,2	78,7	83,6
Avusturya	81,6	79,1	84,0
Belçika	81,4	78,8	83,9
Danimarka	80,7	78,7	82,8
Finlandiya	81,3	78,4	84,1
Fransa	82,8	79,5	86,0
İngiltere	81,4	79,5	83,2
İrlanda	81,4	79,3	83,5
İspanya	83,3	80,4	86,2
İsveç	82,3	80,4	84,2
İsviçre	83,3	81,1	85,4
İtalya	83,2	80,7	85,6
İzlanda	82,9	81,3	84,5
Norveç	82,2	80,1	84,2
Portekiz	81,3	78,0	84,4
Türkiye	78,0	75,3	80,7

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2016, Sayı: 108 (Çevrimiçi).
http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016_108_20161018.pdf. 24 Nisan 2017,
 verilerinden tarafımızca oluşturulmuştur.

Şekil 1: AB 28 Ülkelerinin 2001 ve 2015 Yılları Nüfus Piramitleri (Toplam Nüfusun Yüzdesi)

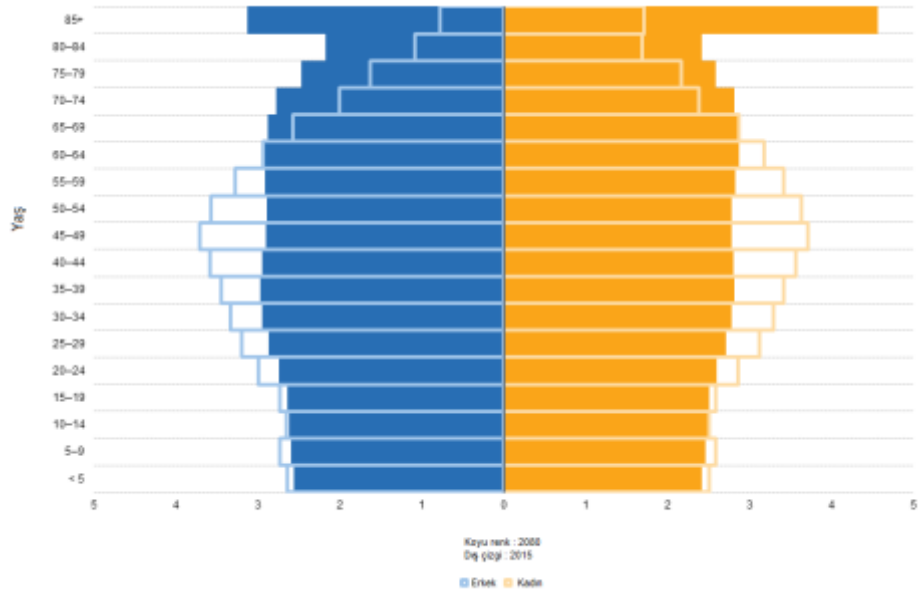


Kaynak: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing. 22 Mayıs 2017.

Nüfus piramitleri (bkz. Şekil 1 ve 2) nüfusun cinsiyete ve beş yıllık yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Yatay her çubuk, toplam nüfusun içinde

yer alan (koyu renkli kısım erkek nüfusu açık renkli kısım ise kadın nüfusun yaşa göre dağılımını göstermektedir.) cinsiyet ve yaş grubuna karşılık gelmektedir. Nüfus piramidinde koyulaştırılmış alan 2015 yılı yaşa ve cinsiyete göre AB-28 ülkelerinde nüfus dağılımını, piramidin kenar çizgisi ile belirlenmiş alan ise 2001 yılı nüfus dağılımını göstermektedir. İki piramidi karşılaştırdığımızda 2015 yılında piramidinin orta gövdesinin genişlediğini ve alt kısımda daralma meydana geldiğini görmekteyiz. Bu durum yaşlı nüfusun artması ile ilgilidir.

Şekil 2: AB 28 Ülkelerinin 2015 ve 2080 Yılları Nüfus Projeksiyonuna Göre Nüfus Piramitleri (Toplam Nüfusun Yüzdesi)



Kaynak: Eurostat, Population Structure and Aging (2016). Çevrimiçi: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing. 22 Mayıs 2017.

Şekil 2'deki Nüfus piramidinde koyulaştırılmış alan 2080 yılı yaşa ve cinsiyete göre AB-28 ülkelerinde nüfus dağılımını, piramidin kenar çizgisi ile belirlenmiş alan ise 2015 yılı nüfus dağılımını göstermektedir. 2015 ve 2080 yılları arasındaki yaş piramitlerinin karşılaştırdığımızda, AB-28'in nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Önümüzdeki on yıllarda, yaşlı nüfusta artış oranı daha da artacaktır. Bununla birlikte, 2080 yılına kadar piramidin ortasında (45-54 yaşlarında) hafifçe daralmış ve tabanının oldukça yakınında bir blok şeklini alacaktır.

1.6.3. Türkiye’de Yaşlanma

Tablo 2:Türkiye’de Toplam Nüfusun Yıllara Göre Projeksiyonları (2013-2075)

Yıllar	Senaryo (Temel senaryo)
2013	76 481 847
2023	84 247 088
2033	89 857 527
2043	92 883 492
2053	93 400 901
2073	89 757 396
2075	89 172 088

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075 (Çevrimiçi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> 25 Nisan 2017).

Tablo 3: Türkiye’de Toplam Nüfus ve Yaşa Göre Nüfus Projeksiyonu, (2013-2075)

	2013	2023	2050	2075
	Toplam	Toplam	Toplam	Toplam
TOPLAM/YAŞ	76 481 847	84 247 088	93 475 575	89 172 088
60- 60+	7 390 881	11 759 303	24 152 408	29 220 184
60-64	2 760 460	3 134 820	4 667 574	4 547 841
65-69	2 045 398	3 204 510	5 685 586	5 711 777
70-74	1 507 728	2 317 751	5 047 460	5 328 741
75-79	1 077 295	1 520 236	3 885 173	5 087 582
80-85	820 606	1 581 986	4 866 615	8 544 243

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075 (Çevrimiçi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. (25 Nisan 2017) ve TÜİK 2013 Adrese Dayalı Nüfus Kayıtları’ndan tarafımızca oluşturulmuştur.

Yukarıda yer alan her iki tablodaki projeksiyonlar, TÜİK tarafından 2012 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçları temel alınarak

hazırlanmıştır. 2013 yılı sütunundaki veriler ise 2012 yılı ADNKS’inde gerçekleşen verilerden alınarak hazırlanmıştır.

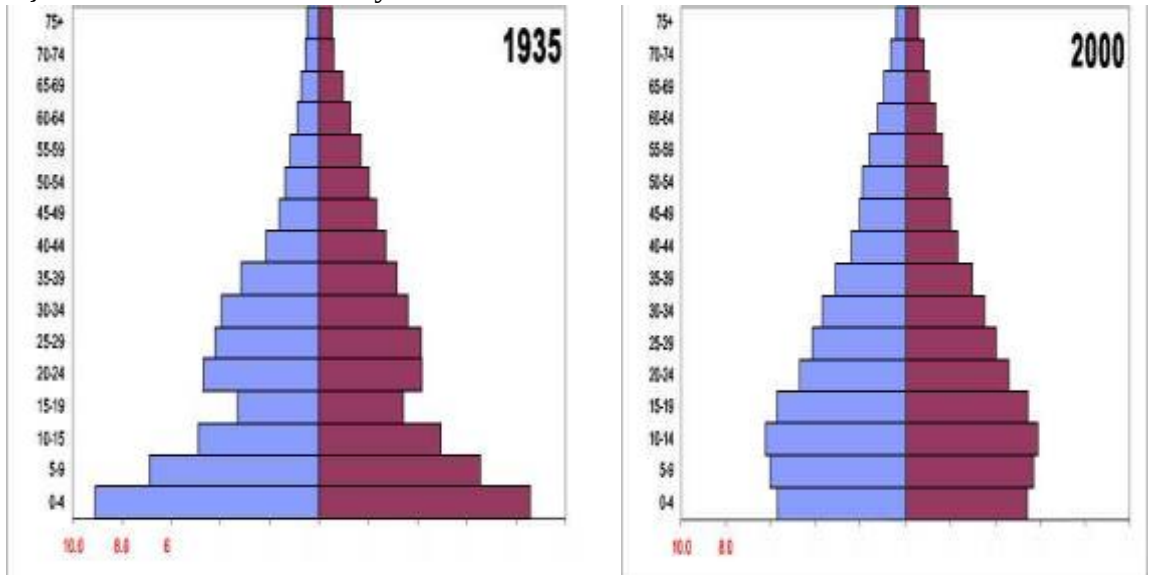
Yukarıdaki tabloda gösterildiği üzere Türkiye 2013 yılı için 60+ nüfus 7 390 881 kişi olarak kaydedilmiştir.

TÜİK tarafından yapılan projeksiyonlara göre ise, 60+ nüfus; 2023 yılı için 11 759 303 kişi, 2050 yılı için 24 152 408 kişi ve 2075 yılı için ise 29 220 184 kişi olarak öngörülmüştür. Bu tablo 2075 yılında toplam nüfusun üçte birinin 60-+ nüfus olacağını göstermektedir.

Demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde Türkiye nüfusu yaşlanmaya devam edecektir

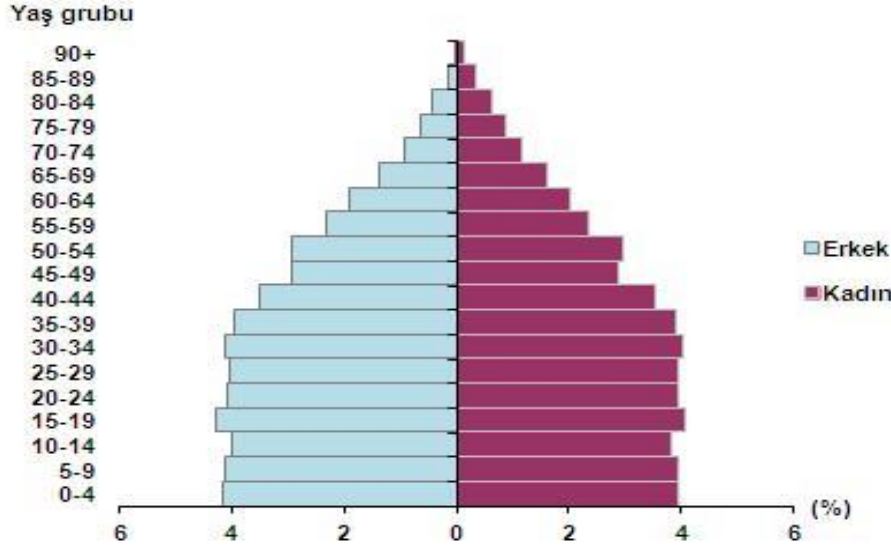
Türkiye’nin Kuzey ve Batı’daki komşuları ile karşılaştırıldığında nispi olarak genç bir nüfusu vardır. Ancak yakın Doğu’da yaşlı nüfusunun 2020’lerde artması beklenmektedir ve en büyük artışlardan biri Türkiye’de görülecektir. Türkiye’nin yaşlı nüfusunun (55+) 1992-2020 yılları arasında ikiye katlanması beklenmektedir, İran ve Kazakistan’da benzer değişimlerin görüleceği öngörülmektedir (Lapham, Kinsella, 1997:274).

Şekil 3: 1935 – 2000 Türkiye Nüfus Piramitleri



Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem planı, 2007:8

Şekil 4: Türkiye Nüfus Piramidi (2015)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (2016). (Çevrimiçi). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638> tarafından Sayı: 21507 . 23 Mayıs 2017.

2000’li yıllardan itibaren ise genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki paylarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. 2023 yılına gelindiğinde ise Türkiye nüfusunun yaş yapısının, durağan nüfuslu ülkelerin yaş yapısına benzer olacağı görülmektedir. Bu durum, nüfus büyüklüğünün bu yıllardan başlayarak tedrici olarak durağanlaşacağına işaret etmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, 2009: 46) Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine nüfus piramitleri aracılığı ile bakıldığında (Bkz. Şekil 3.2),

Türkiye’nin yüksek doğurganlık rejiminden düşük doğurganlık rejimine geçişini net olarak görmek mümkün olmaktadır. 1935 yılından başlayarak sürekli olarak yüksek doğurganlık seviyesine işaret eden geniş tabanlı nüfus piramitleri olan Türkiye’nin, 1980’li yıllardan itibaren doğurganlık seviyesinde azaldığı, tabanı gittikçe daralan nüfus piramitlerine sahip olmaya başladığı görülmektedir.

Türkiye’de son 40 yılda gerçekleştirilen demografik araştırmaların sonuçları ortalama hane halkı büyüklüğünün 7 kişiden 4 kişiye düştüğünü göstermektedir. Doğurganlığın azalmasının sonucu olarak ortaya çıkan bu gelişme, Türkiye’deki aile

yapısının geniş aileden çekirdek aileye doğru bir dönüşüm içinde olduğunu göstermektedir. Ortalama hane halkı büyüklüğünün azalması çekirdek aile tipinin artışı getirmektedir.

Demografik dönüşüm sürecinin doğal bir sonucu olan aile yapısının değişmesi süreci, Türkiye'de tek kişilik aile ve tek ebeveynli aile gibi yeni aile biçimlerinin ortaya çıkmasına ve daha da yaygınlaşmasına da yol açmaktadır. Türkiye'de aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesinin yaşlı nüfus üzerinde üç temel olumsuz sonucu bulunmaktadır: Bunlardan ilki aile içindeki işbölümünde yaşlıların işlevsiz kalması; ikincisi yaşlıların işlevsiz kalması ile birlikte iç göç sürecinin de dışında kalması ve yalnızlaşması; üçüncüsü de Türkiye'de geleneksel olarak yaşlıların bakımı ve korunması konusunda tampon kurum niteliğinde olan ailenin giderek bu özelliğinden uzaklaşmasıdır. Tüm bu gelişmeler bir kez daha Türkiye'nin önümüzdeki dönemde en önemli sorun alanlarından birisinin yaşlılık sorunu olacağını göstermektedir (Hacettepe Üniversitesi, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2009: 80).

Günümüzde aile kurumunun geleneksel rollerini gün geçtikçe yitirmesi, diğer taraftan da yaşlı nüfusun ve bireyin yaşama yaşının artması, yaşlı bireylerin bakım sorununun daha da ağırlaşmasıyla sonuçlanmaktadır (Danış, 2008:94). Bu durum bakım hizmetlerinin şeklinin tanımlanması ile birlikte özellikle sosyal güvenlik politikalarının gözden geçirilmesini, iyileştirilmesini, geliştirilmesini ve devletin koruyucu önlemler almasını zorunlu hale getirmektedir. Sonuç olarak yaşlılık; sosyo-politik, ekonomik, yasal, eğitsel ve mekânsal olarak çok boyutlu ve disiplinli bir şekilde ele alınmayı gerektirmektedir.

Dünyadaki ve Türkiye'deki bu değişimler sonucunda, daha eğitilmiş, beklentileri ve nüfus içindeki oranları daha yükselmiş olan yaşlı nüfus daha büyük oranda sağlık ve bakım hizmetine, uzun süreli ve detaylı olan sosyal güvenlik haklarına ihtiyaç duymakta ve bunları talep etmektedir (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004:18). Sosyal güvenlik haklarının ve yaşlılara sunulan sosyal bakım hizmetlerinin de profesyonel bakım hizmeti kapsamında ele alınması ve sistemli bir yaklaşım ile sunularak çeşitlendirilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILIK, BAKIMA MUHTAÇLIK SINIFLANDIRMASI ve KURUMSAL YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Demografik değişim trendlerinden de görüldüğü üzere toplumlar hızla yaşlanma eğilimi göstermektedir. Bunun sonucu ortaya çıkan sosyal risklerden bir tanesi de yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlıktır.

2.1. Bakıma Muhtaç Yaşlılık

Yaşlılıktaki bağımlılığın neden ve nasıl olduğuna dair tartışmalar iki klasik yayınlara ortaya çıkmıştır. Yaşlı insanların bağımlılıkları ile ilgili ilk çalışma 1969 yılında Richard Kalish tarafından düzenlenmiş ve yayınlanmıştır. Bu kitap psikiyatrik, antropolojik, tıbbi, sosyolojik, ya da sosyal iş perspektifinden bağımlılık ile ilgili farklı kuramsal değerlendirmeler sunan bilim adamlarının katkılarında oluşmuş disiplinlerarası bir çalışmadır. İkinci kitap Yaşlılıkta bağımlılık ve karşılıklı bağımlılık 1976 yılında Joseph Munniens ve William Van den Hewel tarafından düzenlenmiş ve yayınlanmıştır. Bu kitapta yine “bağımlılık” teriminin teorik ve ampirik açıklamalar ile kullanıldığı disiplinler arası bir çalışmadır. (Baltes, 1996: 8)

Baltes, 1970’li yılların başlarında Sosyal öğrenme teorisinde bağımlılık ile ilgili bir bakış açısı önerdi ve bağımlılığı, yaşlıların bağımsız olarak yaşlanmasına izin verecek şekilde toplumsal güçlerin olumsuz etkisinden kurtarılmasına ihtiyaç olduğuna dikkat çekti (Baltes, 1996: 11).

Bağımlılık ile ilgili gerontolojik çalışmalar yaşlılar için farklı bağımlılıkları, global ve ilişkisel seviyede tanımlanması üzerine hazırlanmıştır. Bu tanımlayıcı araştırmalarda yaşlı bağımlılığı hakkında iki büyük sorun ile karşılaşılmaktadır. İlk konu bağımlılığın çok boyutlu, çok fonksiyonlu ve çok nedenli olmasıdır. İkinci konu bağımsızlığın yetkinlik, bağımlılığın ise yetersizlik anlamına gelmesidir

(Baltes, 1996: 8). Görüldüğü gibi bazı kaynaklarda bakıma muhtaçlık bağımlılık kavramı ile ifade edilmektedir.

Bakıma muhtaç hasta; geçirilmiş bir hastalık sonrası yapılmış tıbbi tedavi rehabilitasyon sonrasında değişik derecelerde devam eden bakıma muhtaçlık durumunun var olması (Durgun, 2015: 142) şeklinde de açıklanmaktadır.

Günlük aktivitelerin yerine getirilmesi sırasında yaşanan güçlüklerin işlev bozukluğu sayısını ve kişisel yetkinlik seviyesini göstermesi açısından hafif ve ağır sakatlık arasında ayırım yapmak için yararlı bir araçtır. Bir tane işlev bozukluğu hafif derecede bozulmuş kişisel yeteneğin göstergesi olabiliyorken iki veya daha fazla fonksiyon kaybı hem ince hem de kaba motor becerilerin ciddi derecede bozulmasına işaret edebilir. Bu durum hem kişisel yetenekleri hem de çevreyi göz önünde bulundurarak işsel ve fiili sakatlıkları ayırt eder. Birincisinde kişisel veya ekipman yardımı olmaksızın bir etkinlik gerçekleştirmenin zorluğuna atıfta bulunulurken, ikincisinde yaşanan güçlük ifade edilmektedir (Soneji, 2008:38).

Bakıma muhtaç engelli; bireyin bedensel fonksiyonlarının bir şekilde sekteye uğraması veya kısıtlanmasıyla birlikte bedensel temizliğinden, beslenmeye, ev idaresinden farklı derece ve yoğunlukla ev ortamında de veya kurumda düzenli ve sürekli şekilde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulma halidir. Yani devam eden yaşamsal süreçte hayatını devam ettirebilmek için, farklı derecelerde de olsa, diğerlerinin devamlı surette (uzun dönemli) desteğine mecburi ve bir zaruri olarak gereksinim duyan kişi (Seyyar, 2008: 145) olarak tanımlanmıştır.

Bakıma muhtaç yaşlı ise aslında yaşlılığın ilerlemesi nedeni ile devamlı surette bakıma muhtaç durumda bulunan kişidir (Seyyar ve Genç, 2010:9 1). Geriatri bilimi yoğunlukla “kırılgan yaşlılığa odaklanmıştır. Kırılganlık düzeyi artan yaşla birlikte bu kişiler mortalite, huzurevinde kalma zorunluluğu, düşme ve hospitalizasyon bakımından büyük oranda risk altında olan gruba dönüşebilirler. “Kırılgan” terimi çoğunlukla artan sayıda işlevsel bozuklukla ilgili olarak bağımlılığa neden olan açıklanamayan kilo kaybı ile birlikte güç kaybı, yürümenin yavaşlaması dolayısı ile fiziksel aktivitelerde düşüşü (Savaş ve Akçicek, 2010: 19-30) içermektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan hastalıklar yaşlıyı engelli pozisyonuna getirmekte sonuçta da bakım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; bakıma muhtaçlığın “ileri derecede veya birden fazla engellilik, ağır derecede kronik hastalık, yaşlılık ve/veya bütün bunların birlikte yaşanmasından dolayı meydana gelebilmekte” olduğunu belirtmektedir. İleri yaşlılıkta fizyolojik kayıp veya fonksiyonel yetersizlikten dolayı bakıma muhtaçlığın (Seyyar, 2006: 204) ortaya çıkabildiği düşünüldüğünde yaşamın diğer evrelerinde olduğu gibi doğal bir olgu olarak göz önünde tutulmalıdır.

Yaşlılarda bakıma muhtaçlık sorunu çok yönlü bir kavramdır ve bu doğrultuda sadece yaşlıları ilgilendirmemektedir (Seyyar, 2006: 206). Bu durum, hem bakım veren kişileri, hem de bakım hizmeti alacak kişilerin yakınlarını etkilemektedir. Bundan dolayı bakıma muhtaçlığı mevcut ve olası sosyal politikalar (sağlık, sosyal güvenlik, sosyal hizmet, kurumsal bakım hizmeti vd.) ekseninde değerlendirmek yerinde olmaktadır.

Almanya’da yapılan bir araştırmaya göre, bakıma muhtaç olup evinde düzenli bakılan yaşlılardan %88’inin alışveriş yapamadığı, %86’sının toplu taşıma araçlarına binemediği, %84’ünün ev işlerini yapamadığı, %71’inin banyo yapamadığı, %70’nin misafirliğe gidemediği, %69’unun yemek pişiremediği, %64’ünün evini ısıtamadığı, %63’ünün mali işlerini takip edemediği, %59’unun ev dışındaki işlerini takip edemediği, %57’sinin merdivenlerini kullanamadığı ve %4’ünün ilaçlarını doğru kullanamadığı görüldüğü (Seyyar, 2006: 206) kaydedilmiştir.

Korunmaya muhtaç yaşlıları üç grupta değerlendirmek mümkündür. İlk grupta korunmaya muhtaçlıkla ilgili iki önemli etkenden bahsedilebilir. Bu etkenlerden bir tanesi kişinin fiziksel, sosyal ve zihinsel çöküşü nedeniyle öz bakımını yapamaması, dış çevreyi kontrol edememesi ve günlük yaşamını sürdürmede zorluk çekmesi, başkalarından yardım isteme gücünün olmamasıdır. Diğer etken ise kişinin içinde bulunduğu bu durumda kendisine destek verecek, kendisiyle ilgilenecek yakınlarının olmamasıdır. Bu gibi durumlarda gerekli olan sürekli gözetim ve denetimdir. İkinci grup ise, evsiz barksız olan ya da korunmasız yerlerde yaşayan yaşlıların oluşturduğu gruptur. Son grupsa, kötü davranışlara maruz kalan, ihmal ve istismar edilen yaşlılardan oluşmaktadır (Koşar, 1996: 79)

Başka bir tanıma göre de “korunmaya muhtaç yaşlı;” bedeni, zihni, sosyal ve duygusal açıdan gereksinimi olan veya ihmal ve istismar edilen ya da yoksulluk

durumunda olan, koruma altına alınma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerinin verilmesine ihtiyacı olan yaşlılardır (Seyyar ve Genç, 2010:437).

2002 yılında gerçekleştirilen engelliler araştırmasının 2006 yılı ileri analiz raporuna göre yaşama yaşının yükselmesi yaşlılıkta bireyi, bakıma muhtaçlık riski ile karşı karşıya bırakmaktadır. Uluslararası araştırmalar ve yaşamsal pratiklerde özellikle 75 yaşından sonra engelli olma riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tufan ve Arun, 2006: 21).

Yaşlılıkta bakıma ve korunmaya muhtaç olmak hem kişilerin kendileri için, hem çevrelerindeki insanlar için hem de toplumsal açıdan önemli bir durumdur. Bakıma muhtaçlık aileyi ve ailenin verimliliğini de tehdit eden bir durumdur. Bu durum hem yaşlıya hem de ailesine maddi destek ve manevi desteğinin verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (Tufan, 2003:113).

Türkiye’de Huzurevlerine alınan yaşlılar, genellikle kendi işini görebilen yaşlılar olmakla birlikte çoğunlukla kısa sürede birtakım hastalıkların ortaya çıkması ve yaşlarının ilerlemesi ile beraber bakıma muhtaç yaşlı durumuna gelmektedirler. Bundan dolayı, huzurevlerinin bir bölümü bakım ve rehabilitasyon merkezi şeklinde kullanılmaya başlanmaktadır.

Akut enfeksiyonlar, felç, kanser, kronik akciğer hastalığı ve benzeri tıbbi durumlar huzurevi sakinleri arasında önemli etki yapmaktadır. Psikolojik ve fiziksel nedenlerle huzurevlerindeki yaşlılar tarafından bağımlı öz-bakım davranışı sergilenmesini müteakip bakım personeli tarafından gösterilen pozitif destek, bağımlı davranış kişilerarası etkileşim ile kişisel kazanım halini alabilmektedir. Bu durumun etkisi bakım verenlerin daha verimli olma ve fonksiyonel görevleri tamamlama eğilimleri ile birleştiğinde bağımlılığı ikiye katlayabilmektedir (Resnick vd. 2012: 30). Bundan dolayı bakımevlerinde bağımsızlığı değil de bağımlılığı destekleyen bir kısır döngünün oluşma riski vardır. Oysa bakımın amacı yaşlı açısından maksimum fonksiyonallite kazandırmaktır.

Yaşlıların homojen bir grup olmadıklarından hareketle bakıma muhtaç ve korunmaya muhtaç yaşlılar da homojen bir grup değildir. Bu yüzden bakıma muhtaç yaşlıları daha iyi anlayabilmek ve ihtiyacı olan standart hizmetleri sağlayabilmek için bakıma muhtaçlığı sınıflandırmasına ihtiyaç vardır.

2.2. Bakıma Muhtaçlık Durumuna Göre Sınıflandırma

Bakıma muhtaçlık; farklı derecelerde ve yoğunlukta başka kişilerin fiziksel ve sosyal desteğine ihtiyaç duyma durumunu ifade eder (Seyyar ve Genç, 2010: 93). 2005 yılında yapılan bir araştırmaya göre 60 yaşlarındaki yaşlı ile 70-75 yaşları arasında bulunan bir yaşlının fiziksel ve mental açıdan farklılıkların olduğu görülmüştür (Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2005:2 81).

Dünya sağlık örgütü tarafından 1980’de ICDH modeli (The international clasification of impairments, disabilities and handicaps) geliştirilmiş; daha sonra ICF olarak fonksiyonları ölçmeye yönelik bir değerlendirme ve fonksiyonel düzeye dayalı bir model ortaya konulmuştur. ICF sağlıkla ilgili üç durum arasındaki farkı tanımlamaktadır. a)vücut fonksiyonları, b)aktivite, c) katılım (Ankara, Yaşlanmanın Etkileri ile Yaşlı Bakımında Sürdürülebilir Politikalar ve Stratejiler Projesi Sonuç Raporu, 2014: 21)

Tufan, yaşlanma strateji önerilerinde, Alman bakım/sigorta sistemi bakıma muhtaçlık boyutlarıyla paralel önerilerde bulunmuştur. Bakıma muhtaçlık derecelerinin bilirkşi tarafından tespit edilmesini ve üçlü sınıflandırmanın kullanılması gereğini belirtmiştir. Bu tespiti yapacak bilirkşilerin uzman ve deneyimli olması gerekmektedir. Önerilen derecelerden ilki “Belirgin Derecede Bakıma Muhtaç” olarak adlandırılan 1. Derecedir. Günde en az 90 dakika ve iki ayrı işin yapılabilmesi için ve temel bakım için de en az 45 dakikaya ihtiyaç duyulduğu durum olarak tanımlanmıştır. 2. Derece ise “Ağır Derecede Bakıma Muhtaç” olarak adlandırılan ve günde en az üç defa ve üç saat yardıma muhtaç olmak ve bu sürenin iki saatinin temel bakıma ait olması ile anlatılmıştır. Üçüncü derece ise “En Ağır Derecede Bakıma Muhtaç” olarak adlandırılmıştır. Dört saati temel bakım ihtiyacı olmak üzere günde en az beş saatlik bir bakım ihtiyacından bahsedilmiştir.

Aynı zamanda geceleri de bakıma muhtaç olma hali söz konusudur. Son olarak da “Özel Derece” olarak adlandırılan 24 saat bakıma ihtiyaç duyan ve ölüm döşeğindeki hastaların dâhil olduğu bir grup önerilmiştir. İkisi geceye denk gelmek üzere günde en az yedi saat temel bakım ihtiyacı tanımlanmıştır. Ayrıca temel bakıma birden fazla kişinin katılması gerekmektedir (Tufan, (2006:13).

Tufan'ın önerilerinin yanında bağımlılık derecelerine göre yapılan bir başka sınıflandırmaya göre de ilk sınıf “bağımsız kişi” ismiyle nitelendirilen, temel ihtiyaçlarını karşılama ve giderme bakımından kendi kendine yeterli olabilen yaşlı, hasta veya engellileri kapsamaktadır. İkinci sırada yer alan sınıftaki kişiler bir ya da birden çok engelden ötürü sınırlı bir şekilde de olsa kendine yetebilen yaşlı, hasta ya da engellileri kapsar ve “sınırlı bağımsız kişi” ismiyle tanımlanır. Üçüncü sırada ise “kısmen bağımlı kişi” sınıfı yer almaktadır ve kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme durumunu bazı koşullarda, bazı gereksinimler açısından kişinin kendisi tarafından yerine getirilememesi durumunu kapsayan bireylerden oluşmuş sınıftır. Son sınıf da “bütünüyle bağımlı kişi” ismini almaktadır. Bu sınıfta yer alan kişiler kendi kendine yeterli olma becerisini tamamen kaybetmiş, hiçbir koşulda gereken eylemleri yerine getiremeyen ve bu sebeplerden dolayı tam anlamıyla ve bütün alanlarda bakıma muhtaç hale gelmiş kişilerdir. Bu kişiler hemen her alanda ve her vakitte (24 saat) bakıcının yardım, destek ve hizmetine ihtiyaç duyarlar (Seyyar ve Genç, 2010: 93).

2.3. Yaşlılıkta Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanan bireyde bedensel yıpranma ve yetersizlikleri nedeni ile yaşama gücünde, arzusunda azalma ve sonunda yaşlının ciddi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. (Emiroğlu, 1998: 54). Spesifik olarak işitme, görme, tat ve koku alma, dokunma duyularının etkinliğinin yavaş yavaş yitirmesi ile birlikte bu duruma paralel olarak mental problemlerin de (Ergör vd. 1996:43) ortaya çıkması söz konusu olmaktadır.

Yaşlı bireylerde genel anlamda; derinin esnekliğini kaybetmesi sonucu derinin buruşması, gözdeki lensin uyum yeteneğini kaybetmesi, kulak burun ve ağız içinde bir takım değişikliklerin belirmesi, dişlerde çürümeler ve kayıpların ortaya çıkması tad ve koku alma duyularında zayıflamalar, solunum sisteminde deformasyonların oluşması, kalp duvarının elastikiyetini kaybetmesi, böbrek ve boşaltım sistemlerinde ortaya çıkan komplikasyonlar ve son olarak da iskelet

sisteminde değişiklikler, kas liflerinde azalma (Karan, 2007: 22) gibi çok geniş çaplı değişimler söz konusu olmaktadır.

Yaşlanan bireyin bir yandan kronik sağlık problemleri artmakta öte yandan bu hastalıklar yaşlanmanın hızını etki etmektedir (Biçer,1996: 64). Yaşlanmanın belirmesi ile bedensel fonksiyonlarda geriye gitme ve kronik sağlık sorunları yaşlı kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştırırken fonksiyon kayıpları oluşmakta ve bunların sonucunda da bağımlılık ortaya çıkmaktadır (Büyükcoşkun, 1998: 56).

2.3.1. Dış Görünüş

Tüm bireyler için yaşlılığın gün yüzüne çıktığı yaşanması muhakkak olan bir an vardır. En çok görünür olan değişimler cildimizde meydana gelir. Derimiz eski kalınlığını kaybeder elastikiyeti yok olur, buruşuk hale gelir öte yandan cinsiyete bağlı olarak vücudun farklı bölgelerinde yağ birikmesi söz konusu olur. Deride yaşlılık lekesi adı verilen lekeler ortaya çıkmaya başlar. Bu lekeler 60 yaşındakilerin %25'inde, 80 yaşındakilerin ise %80'inde görülebilir (Savaşır, 1999: 204). Yaşlının saçları kendine has rengini yitirerek beyazlaşmaya baslar. Erkek yaşlılarda çoğunlukla saçlarda dökülerek seyrelme söz konusu olur.

Kadınlarda östrojen hormonunun azalmasından dolayı yumurtalık etkinliği durur. Kadın ve erkekte aynı anda cilde desteklik veren dokuda da esneklik kaybı yaşanır. Bu durumun sonucunda yüzde, boyunda ve vücudun çeşitli bölgelerinde kırışıklı oluşur (Sağlık Ansiklopedisi, 1975: 1523). Kadınlarda, özellikle menopoz sonrası kemik kütlesi kaybı hızlanmaktadır. Düzenli egzersiz, kemiklerdeki kalsiyum kaybını yavaşlatır. Yapılan araştırmalarla, düzenli olarak yapılan egzersizlerin yaşlılıkla ortaya çıkan bazı olumsuzlukları yavaşlattığı yönünde bulgular da elde edilmiştir (Tuncel, 1994: 69).

2.3.2. Duyu Organları

Yaşlanma sonucunda tüm duyu organlarının çalışmasında ve hissedişinde, özellikle görme duyusu ve işitmede önemli farklılık görülür. 65 yaşını aşmış yaşlıların %90'ında görmeyle ilgili problemler yaşanmakta; bunların da %10'unun gözlüksüz yaşamına devam edememektedir. Göz merceklerinin ve göz yuvarlağını tutan kaşların gücünü yitirmesinden dolayı presbitlik ortaya çıkar; yani böylece yakını görmekte zorluk, uzağı daha iyi görme durumu söz konusu olur. (Savaşır, 1999: 205).

Dilin tat alma duyusunda azalma, yine dokunma ve tatma duyusunda zayıflama sebebiyle koku alma da zorluk, dokunma hissedişinde zayıflık ve bunlara bir takım hastalıkların eklenmesi ile duyu organlarında yetenek kaybı had safhaya ulaşır. Ve son olarak işitme duyusunda ciddi kayıp ortaya çıkar öyle ki iç kulak deformasyonu ile birlikte duymada zorluk ve özellikle bazı tonların duyulmasında yetenek kaybı görülebilir (Sağlık Ansiklopedisi, 1975: 1523).

2.3.3. Uyku Bozuklukları

Yaşlanma uyğunun azaldığı, kalitesinin düştüğü ve uyku hastalıklarının belirmeye başladığı bir noktadır. Yaşlılarda fiziksel hastalık ya da belirtiler ile ilaçların yan etkileri, sosyal hayatın farklılaşması, sevdiklerinin kaybedilmesi vb. durumlarla ilgili ortaya çıkmaktadır (Akkuş ve Kapucu 2008: 131).

Yaşlı bireylerin ortalama üçte biri uykusuzlukla karşı karşıya kalmaktadır. Genelde etraftakiler onların uyuduğunu gözlemleseler de uykuda dinlenememekten dert yanmaktadırlar. Ayrıca yaşlılarda yapılan uyku çalışmalarında, özellikle derin uyğunun farklılaştığı görülmektedir (Yetkin ve Aydın, 2014: 7).

Yaşlılığın ilerlemesi ile beraber kişilerin uyku ihtiyacında azalma görülür. Bu kişiler gençliklerine nazaran daha az uykuya ihtiyaç hissederler. Bununla birlikte fiziksel veya psikolojik hastalıkları olan yaşlılarda uyku süresi farklılaşabilmektedir. Kaliteli uyumada sorunlar ortaya çıktığından "Uyku bozuklukları" ve "gündüz

uyuklamaları" gibi problemler yaşlının gün içerisindeki aktifliğini etkileyerek çevre ile iletişimde sıkıntılar oluşturur.

2.3.4. Öğrenme ve Hatırlama Güçlüğü

Yaşlanma çoğunlukla sosyal, bilişsel ve psikososyal olmakla birlikte fonksiyon ve imkan ve kapasitede gerilemenin daha başat olduğu bir dönemdir (Ünalan, 2009:15).

Öğrenme, hatırlama işlevlerini yerine getiren insan belleği komplike olan bir sistemdir ve yaşlılık bu sistemi daha fazla etkilemektedir. Bireyin yaşlanması ile birlikte zihinsel olarak bilgiyi işleme kapasitesinde düşüş görülmeye başlar. Bunun sonucunda bilgiyi öğrenme süresi de gecikir ve yeni bilgiye sahip olma süreci için çok daha fazla efora ihtiyaç duyulur (Cangöz, 2009: 100). Yaşlı daha önce yaşadığı olayları kolay anımsarken yenilerini hatırlamakta güçlük çekebilir. Birtakım olay ve şeylerin unutuluyor olması, yaşlıya adaptasyon sorunu yaşatır. Öğrenme ve hatırlama problemlerinin sebeplerinin tespit edilerek erken müdahale edilmesi bu şikayetlerin sürekli hale gelmesini önemli oranda durdurur.

2.3.5. Performans Kaybı

Yaşlanma sonucunda olağanüstü olan insan bedeninin hareketlerinde zayıflama ve zamanla yavaşlama görülmeye başlar (Acet, 1999: 302). Öyle ki, yaşlı bireyin sinir sistemi ile birlikte beyinde de birtakım yapısal farklılaşmalar meydana gelir. İleri yaşlarda dikkatte azalma, yeni bilgiler öğrenmede ve önceden öğrenilenleri hatırlamada zorluklar ortaya çıkar.

Zamanla bellek, dikkat, yoğunlaşma gibi alanlarda performans kaybı ortaya çıkabilir. Çevrenin onaylamadığı davranışlar üzerinde kontrol azalır. Duygular daha güçlü olarak yaşanır. Alınganlık belli dereceye kadar normal görülebilir, ancak çevre

ile uyumu da bozabilir. Alınganlık yaşlılarda başka hastalıklara bağlı olarak da görülen bir durumdur; özellikle depresyon ve Alzheimer hastası olan yaşlılar daha alıngan olurlar (Vilalta-Franch vd. 2006: 591).

2.4. Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlığa Yol Açan Hastalıklar ve Geriatrik Sendromlar

Yaşlılığın bir hastalık olmadığı, ancak yaşlılık dönemine özgü yaşlı hastalıkları olabileceğini belirleyen görüşler vardır. Tıpkı çocuklarda görülen, çocuk hastalıkları gibidir. Yaşlı hastalıklarının tıbbi tedavisi de ayrı bir uzmanlık alanı gerektirir (Sevil, 2005: 160). Son yıllarda demografik açıdan toplumun en fazla genişleyen kesimi olan yaşlıların sağlık durumları giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bundan dolayı yaşlılara yönelik tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini ifade eden “geriatrik rehabilitasyon” uygulamaları da tüm dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Güçlendirme, dayanıklılık kazandırma, işlevsel eğitim gibi hizmetler, işlevsel bağımsızlığın korunması veya geri kazanılması açısından büyük önem kazanmaktadır (Yu ve Richmond, 2005: 230).

Bakıma muhtaçlığa yol açan etkenlerin başında fiziksel ve biyolojik özellikler gelmektedir. Sakatlığa yol açan iş, trafik ve ev kazaları, doğuştan gelen sakatlıklar, akıl ve ruh sağlığının yitirilmesi ve ilerleyen yaşla beraber ortaya çıkan fiziksel ve biyolojik faktörler bakıma muhtaçlığa neden olmaktadır. Yaşlanma sebebiyle ortaya çıkan hastalıklar, yaşlı bireylerin bakıma muhtaç duruma düşmesine neden olabilirler. Bu hastalıkları ve olası etkilerini bilmek bakım hizmetlerini ve gereklilikleri anlamak için önemlidir (Seyyar, 2004: 23). Yapılan araştırmalara göre 65 yaş ve 65 yaşın üstündeki yetişkinlerin % 80’i en az bir, %50’si ise en az iki kronik sağlık problemi söz konusudur (Özer 2006: 39)

Bireydeki yaş artışıyla birlikte kardiyovasküler sistemde fizyolojik ve tedavi gerektirmeyen değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşa bağlı ortaya çıkan değişikliklerin kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü niteliğinde olduğu da unutulmamalıdır (Zoghi, 2010: 2)

Türkiye’deki ölümlerin önde gelen üç nedeni; kalp hastalıkları, kanser ve

serebrovasküler hastalıklardır ve Avrupa ve Kuzey Amerika'nın endüstrileşmiş ülkeler ile benzerdir. 2013 yılı Türkiye İstatistik Kurumu bilgilerine göre; Türkiye'deki ölümlerin %39,8'i dolaşım sistemi hastalıklarından (%38,8'i iskemik kalp hastalığı, %25,2'si serebro-vasküler hastalık, %17,7'si diğer kalp hastalığı ve %12,8'i hipertansif hastalıklardan) kaynaklamıştır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin en çok kadınlarda, iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümlerin ise erkeklerde görüldüğü tespit edilmiştir. (Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bültenleri, Sayı: 18854, 2014)

Bu yüzyılda bireyin yaşam beklentisi artmıştır, ancak bu uzun yaşamın doğal olarak sağlıklı ve bağımsız olması da istenmektedir. Biyolojik yaş ve kronolojik yaş birbirine paralel gitmeyebilir. Bundan dolayı fiziki çökme ve ruhsal yaşlanma birbirinden önce ya da sonra gelebilir. Dolayısıyla yaşlıların sağlık, durumları ile ilgili genellemeler yapmaktan kaçınmak ve her bir yaşlının kendi sağlık ve psiko-sosyal durumunu eksiksiz olarak tespit etmek, yaşlı bakım hizmetlerinin etkinliği açısından çok önemli bir husustur, yaşlılara verilecek sağlık veya sosyal hizmetin de bu açıdan şekillenmesi gerekmektedir.

2.4.1.Bunama (Demans)

Yaşlanmanın demografik boyutlarında da bahsedildiği gibi gelişmiş ülkelerde yaşlı popülasyonu üst düzeydedir. Demans yaşlı nüfus içinde yaygın olan temelinde unutkanlık olan birçok hastalığın genel adı olarak kullanılır. Batı Avrupa ve Birleşik Amerika'da yapılan araştırmalara göre demanslıların %50-% 70'inin Alzheimer teşhisi konulmasına karşın, Japonya ve Rusya'da multiinfarkt demansların çok daha fazla olduğu görülmüştür (Topçuoğlu ve Selekler, 1998: 64).

Ortaya çıkan her unutkanlık durumu bir hastalığa teşhis koymaya yetmeyeceği gibi, bu unutkanlıkların dikkate alınması ve üzerinde durulması gerekir. Bir rahatsızlığa demans teşhisi koyabilmek için unutkanlık tek başına yeterli değildir. Rahatsızlığın günlük yaşantıyı olumsuz yönde etkiliyor oluşu, zaman içinde rahatsızlığın ilerlemesi ve bu belirtilerin yaşlı bir insanda görülüyor olması gerekir.

Demansta en büyük risk yaşın ilerlemesidir (Yorgun ve Kabakçı, 2010: 6). Ancak demans, teşhisi zor ve zaman alan bir hastalıktır. Her unutkanlık demans

sayılamayacağı için bu rahatsızlığın kişi üzerindeki etkisini gözlemlemek ve rahatsızlığın ilerleme durumunun kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu da zaman alan bir işlemdir. Hastalığın belirtilerine uyan bir hasta bu nedenle gözlenmeli ve iyi değerlendirilmelidir.

Demans hastalarının büyük kısmı aynı zamanda depresif bozukluklar yaşamaktadır (Gottfries, demans hastalarının %52'sinde depresyon bulgularına da rastlayan bir araştırmaya atıfta bulunmaktadır.) Kuruntular, halüsinasyonlar, saldırganlık, faaliyetlerin kesilmesi (örn. bir işin ortasındaiken dolaşmaya çıkma), anksiyete, günlük ritim bozuklukları ve kayıtsızlık bunlar arasında sayılabilir (Lancot, vd. 2007: 646). Dolayısıyla demansın yaşlıların davranış özellikleri üzerinde ciddi tahribat yaptığından bahsedilebilir.

Ancak *Rehabilitasyon* amacıyla var olan becerilerin desteklenmesi, fizyoterapi hizmeti verilmesi, yardımcı cihaz verilmesi, afazi durumunda konuşma terapisine yönlendirilmesi, inkontinans için mesane ve barsak eğitimi verilmesi gereklidir (Akyar, 2011: 80). Hasta tüm işlevlerini yerine getiremese de gelişen tıbbi yöntemler ve bakım imkânları ile yaşamını sürdürebilmektedir. Ancak tüm bu imkânların kullanılması ve bakım hizmetlerinin yerine getirilmesi hem hastanın aile çevresi ve psikolojisi açısından hem de ekonomik açıdan büyük yük oluşturmaktadır. Bakım hizmetlerinin yeterli olmadığı ve tespiti için yeterli imkanlara sahip olmayan bölgelerde bu hastalığa sahip bir insan hem kendisi hem de çevresi için sorun oluşturabilmektedir.

2.4.2. Alzheimer

Alzheimer hastalığının yaygınlığı geriatrik yaş grubu denilen 65 yaş ve üzerindeki bireylerde artmaktadır. Alzheimer hastalığı yalnızca yaşlılık semptomları ile ilgilenen Geriatri tıp dalının da en önemli konularından biridir (Yavuz, Cankurtaran ve Arıoğlu, 2009: 83). Türkiye'de 65 yaşın üstündeki nüfusun oranı, % 6'dır öte yandan 200.000 civarında Alzheimer olan yaşlının varlığından söz edilmektedir (Yılmaz ve Turan, 2007: 453).

TÜİK istatistiklerine göre Türkiye'de yaşlıların içinden Alzheimer olanların hayatlarını yitirenlerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu verilere göre, Alzheimer

hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı 2011 yılında %2,9 ve 2012 yılına gelindiğinde bu oran %3,4, 2013 yılında ise %3,6'ya yükseldiği görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014, Sayı: 18620).

Alzheimer olan yaşlılara bakım vermenin çok güç olmasından dolayı bakımı sağlayan kişilerde ciddi zorlanma ile birlikte tükenmişlik kavramı gündeme yeni giren bir kavram olmuştur (Yılmaz ve Turan, 2007: 445). Bu nedenle bu yaşlılar için özel bakım modelleri geliştirilmelidir.

Alzheimer hastalığı, demans türleri arasında en sık görülenidir. Görülen bütün demans hastalıklarının %50-70'ini Alzheimer oluşturmaktadır (Kring, Johnson ve Davison, 2012: 452). Alzheimer hastalığının görülme sıklığı 65 yaş üzerindeki yaşlılarda %6-10 oranında, 85 yaş üzerindeki yaşlılarda da %30-47 dir (Özden vd. 2011: 193).

Yaşlı nüfus üzerinde etkili olan bir hastalıktır. Hastalığın ilerlemiş safhaları tehlikelidir ve ölümle sonuçlanma riski yüksektir. Yaşlı popülasyonunun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerde sık rastlanılan bir hastalık olmakla birlikte ciddi bakım ve tedavi gereksinimine ihtiyaç duyulan hastalıklardan biridir. Kalp hastalıkları, kanser ve inme vakalarının ardından en çok ölümle sonuçlanan hastalıktır (Quinn, 2008: 3).

Alzheimer hastalığının erken teşhisi çok önemlidir. Hastanın, hastalığın ilk evrelerinde kontrol edilip tedavi altına alınmış olması hastalığın ilerleyiş hızını azaltmakta ve kişinin bilişsel fonksiyonlarını daha uzun süre koruyabilmesinde etkili olmaktadır.

Amerikan Nöroloji Akademisi'nin 2001 yılında yayınladığı rehberle Alzheimer 'ın teşhisinde tanı boyutları ve değerlendirme yöntemlerini ortaya koymuştur. Rehberdeki, tanı boyutları geliştirilen uluslararası NINCDS ADRA ve DSM-IV boyutlarının kullanımı açısından güvenilir olduğu söylenerek önerilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: DSM-IV Boyutlarına Göre Alzheimer Tipi Demans

A. Birden çok alanda kognitif kayıp gelişimi: Hafıza bozukluğu Soldakilerden en az bir tanesi Afazi- Apraksi- Agnoz Planlama, organizasyon, soyutlama gibi yürütücü fonksiyonlarda bozulma B. Sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma ve daha önceki işlev seviyesine göre anlamlı gerilemeye yol açan kognitif kayıp C. Yavaş başlangıçlı ve ilerleyici kognitif ve fonksiyonel gerileme ile giden bir seyir D. Diğer demans nedenlerinin ekarte edilmiş olması (sistemik, metabolik, nörolojik, psikiyatrik)
--

Kaynak: DSM IV, American Psychiatry Association, 1994:142

Hastalık ilerledikçe tedaviden çok bakım gereksinimi artar. Hastalık ağırlaştıkça bakım için başkalarına tam bağımlılık, aktivite kısıtlılığı olan hastalara özgü tıbbi sorunlar, ajitasyon, delüzyon, hastanın bir bakım kurumuna yatırılması, yaşam destek önlemleri gibi konular önem kazanmaktadır (Barlas, Onan, 2008: 106)

2.4.3. Parkinson Hastalığı

Geçmiş yıllarda toplum içinde fazla bilinmeyen ancak dünyaca ünlü boksör Muhammed Ali'nin 90'lı yıllarda bu hastalığa yakalanmasıyla birlikte birçok kişinin haberdar olmaya başladığı bir hastalıktır. Merkezi sinir sistemi aksaklıkları veya doku bozukluklarını kapsayan hastalıklar içerisinde ele alındığında Alzheimer hastalığından sonra en sık rastlanan hastalık olma özelliğini taşımaktadır (Yalman ve Şen, 2011: 39).

Parkinson normalde orta ve ileri yaşlarda başlayan ve çok yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Tam olarak çıkış sebebi bilinmemekle birlikte damar sertleşmesi ağırlıklı dolaşım sistemindeki bozulmalardan kaynaklanır. Bu hastalığın belli başlı belirtileri şunlardır;

- Titreme,
- Dengenin sağlanmasında zorluk çekilmesi,

- Hareketlerdeki ve düşüncedeki yavaşlama.

Yaşlanma, Parkinson hastalığının gelişimi ve ilerlemesinde en büyük risk faktörünü teşkil etmektedir. Yaşlanma nörolojik bozulmayı hazırlayan pek çok hücresel süreçleri etkiler; hücre fonksiyonlarında yaşla beraber meydana gelen değişiklikler de Parkinson hastalığının patojenlerini hazırlayıcı işlev görürler (Hindle, 2010: 156).

Merkez sinir sistemi hastalıklarının neredeyse hepsi gibi Parkinson hastalığının da kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Hastalık ilaç tedavisi ile kontrol altına alınmaya çalışılır, ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda ise cerrahi müdahale de yapılabilmektedir (Savaş, Akbostancı ve Kanpolat, 2008: 7). Parkinson hastalığı, en çok yaşlı popülasyonunu etkileyen bir hastalıktır. Hastalığın yakalanma riski açısından 50-60 yaş aralığı ve üzeri en riskli aralık olarak görülmektedir (Ertan, 2005: 253). En çok yaşlı nüfusu etkilese de genç yaşlarda Parkinson hastalığına yakalanma riski de mevcuttur. Parkinson hastalığına yakalanan hastalar içerisinde bu hastalığa 40 yaşından önce yakalanmış olanların oranının %5 olduğu ortaya çıkarılmıştır (Yalıman ve Şen, 2011: 39).

Merkezi sinir sisteminde meydana gelen bozukluklar, fiziksel hareket kabiliyetini oldukça düşüren hatta ortadan kaldıran önemli durumlardır. MS, Alzheimer gibi Parkinson hastalığı da fiziksel etkileri yüksek olan bir hastalık türüdür. En çok ellerde ve kollarda olmak üzere uzuvlarda titreme, yavaş hareket edebilme, yürürken ayakları düzgün kullanamama sonucu sürüme, rijidite (kas sertliği) akinezi gibi belirtiler Parkinson hastalığının en temel belirtileri arasında yer almaktadır (Yalıman ve Şen, 2011:41).

Parkinson hastalığında ortaya çıkan ilk belirti istirahat tremorudur (Çakmur, 2010: 53). Dinlenme anında veya vücudun hareket ettirilmediği anlarda ellerde oluşan istemsiz titremesi ile ortaya çıkar (Tüzün, Çifçili ve Kaya, 2009: 201). İstirahat tremoru Parkinson hastalığının en temel belirtilerinden biridir, çünkü sadece Parkinson hastalığında görülür. Hareketsiz haldeyken istemsiz bir şekilde başlayan hafif titremeler kıs sürelidir ve önemsiz gibi görülebilir. Ancak Parkinson sinsi bir hastalıktır, titremelerin şiddeti gittikçe artabilir veya bir kolda başlayan titreme diğer kola, ayaklara hatta ağız bölgesine de yayılım gösterebilir (Apaydın vd. 2008: 2).

2.4.4. Multiple Skleroz

Multiple Skleroz, çağımızda en az bilgi sahibi olabildiğimiz hastalıklardan biridir. Çok eski bir hastalık olmamakla birlikte 20. Yüzyıl başlarında tanımlanmış ve hastalık üzerinde incelemelerin de bu dönemde başladığı bilinmektedir (Mutlu ve Akman 2008: 1).

Multiple Skleroz bir sinir sistemi hastalığıdır. Nasıl ortaya çıktığı ya da hastalığa sebep olan etkenler tam olarak bilinmemektedir. Yapılan, yapılmaya devam edilen inceleme ve araştırmalar ile birlikte hastalığın sırları ortaya çıkartılmaya çalışılırken; tedavi veya hastalığı kontrol altında tutma girişimleri de elde edilen gelişmelere göre düzenlenmeye devam edilmektedir (Karabudak, 2008: 116).

Multiple skleroz, hastalık belirtileri açısından çok çeşitlilik gösterebilen bir rahatsızlıktır. Bu hastalık, insan vücudunun merkez sinir sistemi (beyin ve omurilik) içerisinde olduğundan dolayı çok farklı şekilde belirtiler gösterebilmektedir (Terzi ve Onar, 2004: 150).

Multiple skleroz hastalığından muzdarip yaşlılar hareket etmekte güçlük çekerler. Yapılan araştırmalara göre bu hastalık kadınları erkeklere oranla üç kat daha fazla etkilemektedir (Hirtz vd. 2007: 326). Fiziksel davranışı çok olumsuz yönde etkileyen ve hareketsizliğe neden olan bu multiple sklerozun yaşlı refahı üzerindeki olumsuz etkileri, yaşlıların etrafındaki fiziksel engellerin kaldırılması ve onlara uygun yapıların inşa edilmesiyle azaltılabilir (Morris vd. 2008: 744).

Sürekli bir yorgunluk hissi yaşayan hastanın bu durumu multiple sklerozun ilk belirtilerinden biri olarak sayılmaktadır. Hastada meydana gelen bu yorgunluğun nedeni bilinmemekle birlikte bazı araştırmalarda bu yorgunluğun temeli depresyona dayandırılmaktadır (Yüksel, 2002: 151).

Hastalığın ilk belirtilerinden biri sayılan yorgunluk şikâyeti gibi depresyonda ilk belirtiler arasında görülmektedir. Ancak depresyonda yine yorgunluk şikâyetinde olduğu gibi genel bir durumdur ve MS için ayırt edici bir belirti değildir.

Multiple Skleroz'un merkez sinir sisteminde oluşan bir hastalık olmasının sonucu olarak beyin ve omuriliğin yerine getirdiği işlevlerde aksamalara sebep olmaktadır. Merkezi sinir sistemi tarafından yönetilen işlevler ve MS sonucunda ortaya çıkan işlev bozuklukları;

- Vücudun herhangi bir bölgesinde gerçekleşen kısmen veya tamamen felç durumu,
- Görme yetisinde oluşan bozukluklar,
- El ve kol yönetiminde oluşan kontrolsüzlükler (örn: ellerin titremesi)
- Sendeleme veya yürürken oluşan denge kayıpları,
- El ve kollarda oluşan aksaklıklar gibi ayak ve bacaklarda da aynı aksaklıkların oluşması,
- Mesane kontrolünün yitilmesi gibi belirtiler Multiple Sklerozun en genelleşmiş belirtileri olarak gösterilmektedir (Terzi ve Onar, 2004: 153).

Hastalığın belirtileri incelendiğinde bu belirtilerin hastanın yaşam kalitesini önemli derecede etkileyeceği ve hastanın yaşamında birçok sorunla karşılaşacağı ortaya çıkmaktadır. Multiple Skleroz, merkez sinir sistemini etkileyen ve hastanın fiziki hareketliliğini oldukça kötü etkileyen bir hastalık olması sebebiyle hastayı bakıma muhtaç yaşamaya itebilmektedir. El-kol ve ayaklarda oluşan işlev kayıpları ve kontrolsüzlükler, bu kayıpların seviyesine göre hastanın bakıma muhtaç yaşamasına sebep olan etkenler olabilmektedir.

Türkiye’de 35 bin MS hastası olduğu bilinmektedir. Bu hastaların önemli bir kısmının hastalığından habersiz olarak yaşamlarını sürdürdükleri belirtilmektedir. (Karadeniz, Nehir, Çetinkaya, 2005: 41). Multiple Sklerozun ilk belirtilerinin çok çeşitli ve çok genel şikâyetlerden oluşması sebebiyle hastalığın teşhisi uzun sürmekte yada oluşan belirtiler farklı hastalıklara dayandırılabilir.

Beyine, omuriliğe ve beyin ve omurilikten kaynaklı sinirleri etkileyen bir tür sinir hastalığıdır. Sinir sisteminde bulunan sinir liflerini kaplayarak koruyan zarın böylece zarın iltihaplanmasıyla meydana gelen hastalık türüdür. Merkezi sinir sisteminin çeşitli yerlerinde tahribata neden olmakta ve yara izleri bırakmaktadır. Zaman zaman hasta birden bire iyi görünmekte, ancak daha sonra hastalık seyrini sürdürmektedir. Koruyucu tıbbi bakım çalışmaları kapsamında uygulanan aktif ve pasif masajlar, jimnastik, fizik tedavi ve hidroterapi ile bu hastalığın ilerlemesi durdurulabilmektedir (Seyyar, 2004: 13).

2.4.5. Osteoporoz

Osteoporoz düşük kemik kütlesi yoğunluğu ve mikro-yapıdaki bozulmalar ile karakterize edilmektedir; bunun sonucunda kemikler zayıflar ve kırılır. Zamanla doku mineral yoğunluğu, kemik büyüklüğü, kalınlığı ve aralarındaki bağlar ve kortikal kalınlık değişmektedir. Kırıkların bireyler ve toplum üzerindeki tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik yükleri oldukça fazladır. Toplumdaki yaşlı nüfus arttıkça, bu hastalığın boyutları da büyümektedir (Rosenzweig ve Mishra, 2009: 833-850)

Osteoporoz halk dilinde kemik erimesi olarak bilinmektedir. Her yaştan insanda görülebildiği gibi yaşlı insanlarda daha sık karşılaşılan ve hastaları bakıma muhtaç bırakabilen ciddi bir hastalıktır. İnsan yaşamının ortalama süresinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfus artış göstermiş ancak bu nüfusun artması ile birlikte yaşlı insanlarda sağlık sorunları da artış göstermiştir. Osteoporoz, bütün tüm dünyada gelişen sağlık imkânları ve teknikleri, tıptaki gelişmeler ve daha uygun yaşam koşulları gibi etkenler ile birlikte yaşam süresinin uzamasına paralel olarak artan yaşlı nüfus nedeniyle önemli bir sağlık sorunu durumuna gelmiştir (Şahin ve Güvener, 2004:1).

Osteoporoz kemik dokusu ve miktarında azalmaya sebep olmaktadır. Bu kemik doku ve miktarının azalması hareket kabiliyetini kısıtlar ve hastalığın ileri boyutlarında yürüme eyleminin yerine getirilmesine de büyük engel oluşturur.

Görüldüğü gibi osteoporoz gün geçtikçe daha ciddi bir hastalık haline dönüşmektedir. Hastalığın görülmesindeki artış hem yaşlı popülasyonun sağlığını tehdit etmekte hem de yaşam şartlarında olumsuzluğa yol açmaktadır. Ayrıca hastalığın gittikçe yaygınlaşması bakıma muhtaç hasta sayısında da artışa neden olmaktadır.

Osteoporozla bağlı kırıklar en çok omurgalarda, el bileğinde ve kalçada görülmekle birlikte yaşlı erkek ve kadınlarda ölümle sonuçlanabilen kalça kırığı oranı %15-20 gibi yüksek bir düzeydedir. Yaşlılarda görülen kemik erimesi ve kırılmasında yaşlıların bakıma muhtaçlığına sebep olan en önemli durumun kalça kırılması olduğu belirtilmiştir. Bununla beraber kırıklar değerlendirildiğinde kalça kırıklarının diğer kırıklara nazaran çok daha büyük ekonomik yük ile birlikte sakatlığa neden olduğu bilinmektedir. Osteoporoz için belirlenmiş risk faktörleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tüzün, 1999: 10).

Tablo 5: Osteoporoz İçin Risk Faktörleri

Yapısal ve genetik faktörler	• Yaşlanma • Düşük kemik kütlesi • Dişi cinsiyet • Beyaz ırk • Annede osteoporoz varlığı • Erken menopoiz • İnce vücut yapısı
Yaşam biçimi ve/veya beslenme	• İnaktif ve sedanter yaşam • Kalsiyum ve D vitamininden fakir diyet • Alkol kullanımı • Sigara
Tıbbi durumlar	• Kullanılan ilaçlar (kortizon, metotreksat gibi) • İmmobilizasyon • Amenore
Düşmeye yönelik kişisel ve çevresel risk faktörleri	• Denge ve normal yürümenin bozulması • Sedatif kullanımı • Kas zayıflığı • Kognitif bozukluklar

Kaynak: Tüzün, F. (1999). Osteoporoz Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Osteoporoz Sempozyumu, İstanbul, s.12.

Osteoporoz hem bakıma muhtaç hale gelmiş yaşlının bakıma muhtaç hale gelmesindeki neden olabilir hem de bakım ihtiyacı duymayan yaşlıyı bakım ihtiyacı duyar hale getirmesi için bir risk faktörü olabilir. Bu hastalığın hem tedavi yönetimi hem de önleyici tedaviler ve önlemler açısından ele alınması gerekmektedir.

2.4.6. Kanser

Kanser, çoğunlukla yaşlılıkta ortaya çıkan bir hastalıktır; kanser vakalarının sayısı yaşlanmayla beraber ciddi şekilde artmaktadır (Traeger ve Pirl, 2010: 393). Örneğin tüm dünyada akciğer kanseri vakalarının %55'i 65 yaş ve üstündeki bireylerde görülmektedir (Youleden, Cramb ve Daade, 2008: 820). Günümüzde ölümlerin önemli bir bölümüne neden olan kanser hastalığı, neden olduğu acı ve ağrılı kemoterapi sürecinden dolayı yaşlı refahını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında önde gelmektedir. Kanser, kişilerin ciddi anlamda zayıflamalarına sebep olur. Bu kişiler gün geçtikçe güç de kaybeder ve sonunda bakıma ihtiyaç duymaya başlarlar. Kanamalar, enfeksiyonlar ve beslenme bozukluğuna bağlı komplikasyonlar sık görülür (Seyyar 2006: 14).

Daha sonra, akciğer kanserini erkeklerde prostat kanseri; kadınlarda ise meme kanseri izlemektedir. Tüm kanser türlerinin yaklaşık %12,8'ini akciğer kanseri kapsamaktadır (Göksel, Akkoçlu, 2002: 208). Akciğer kanseri yaşlılarda çok

tehlikeli olan ve bakıma muhtaç bırakan kanser türlerinin başında gelir. Görülme sıklığının fazlalığıyla birlikte hastalığın ölümle sonuçlanma riski de oldukça fazladır. Görülen vakaların her yıl ortalama 1 milyon insanın ölümüyle sonuçlandığı ortaya çıkarılmıştır (Müsellim, 2007: 114).

Akciğer kanseri en tehlikeli ve ölümcül kanser türlerinin başında gelmektedir. Akciğer kanserine yakalanmış hastaların sadece %15'i gibi düşük bir kesimi 5 yıl ve daha fazla yaşayabilmekte olduğu saptanmıştır (Quinn, 2008:4).

Gelişmiş ülkelerde görülen kanser vakaları ile gelişmemiş ülkelerde görülen kanser vakalarının oranları farklıdır. Gelişmiş ülkelerde kanser vakalarına gelişmemiş ülkelere nazaran daha fazla rastlanmaktadır. Yaşlı popülasyonunun gelişmiş ülkelerde yüksek olması bu duruma sebep olarak gösterilmektedir. Ayrıca, yapılan bir araştırmaya göre akciğer kanserine yakalanmış hastaların %90'ında sigara kullanımı olduğu veya geçmişinde kullanmış olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımının akciğer kanserine yakalanma riskini artırdığı ve akciğer kanserinin sebepleri arasında yer aldığı görülmektedir(Göksel ve Akkoçlu, 2002: 209).

Yaşlılarda görülen ve bakıma muhtaç bırakan bir diğer kanser türü de prostat kanseridir. Akciğer kanserinden sonra dünyada en sık karşılaşılan kanser türüdür. Özellikle yaşlı erkek popülasyonunda çok sık karşılaşılmaktadır. Avrupa'da prostat kanserinin görülmesi %21 gibi yüksek bir orana dayanmaktadır (Boyle ve Dresler, 2005:1565).

Prostat kanserinin tanısı akciğer kanserine göre daha zordur ve erken teşhisi bir o kadar önemlidir. Erken teşhis konulmuş bir vakada prostat kanseri tedavisinin yapılması mümkündür. Prostat kanseri tedavisinde genellikle hormonal tedavi yöntemleri kullanılır ancak kemoterapi tedavisi kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır (Akınsal ve Sofikerim, 2010: 207).

Kanser türlerinden biri olan akciğer kanseri hem erkek hem de kadınlar için ortak bir hastalıkken, prostat kanseri erkeklerde; meme kanseri ise kadınlarda çok sık görülebilen kanser türleridir. Meme kanseri nadiren de olsa erkeklerde de görülebilmektedir. Kadınlarda akciğer kanserinden sonra en çok görülen kanser türüdür. Akciğer kanserinin ardından kadınlarda ölüm oranının en yüksek olduğu kanser türü meme kanseridir (Koç ve Sağlam, 2009:26). Her ne kadar meme kanserinde görülen ölüm oranı yüksek olsa da bu hastalığın ilerleyişi yavaştır ve

erken teşhis bu hastalıkta çok önemlidir. Erken teşhisle birlikte tedavi imkanı da yükselmekte ve ölüm riski azalmaktadır.

KKMM gibi basit bir yöntemin haricinde, bir rahatsızlığa meme kanseri tanısı koyabilmek için kullanılmaktadır. KKMM ile şüphelenilen bir bulgunun kesinliği mamografi ile ortaya çıkarılmaktadır. Mamografi kullanımı düzenli aralıklarla yapıldığı takdirde meme kanseri tanısı erken teşhis edilebilir ve başarılı bir şekilde tedavi edilme imkânı bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki gelişim, imkân kolaylığı, tıp alanındaki gelişmeler, yeni tedavi yöntemleri, bakım hizmetlerindeki gelişme gibi etkenler sonucunda insan ömrünün uzamasıyla birlikte dünyadaki yaşlı popülasyonu artış göstermiştir. Ancak insan ömrünün uzaması ile paralel olarak ileri yaşlarda yaşam kalitesinde aynı oranda gelişim sağlanamamıştır. Yaşlılık sürecinde kronik hastalıklar hızla artmaktadır. İnsan ömrü uzadıkça bu hastalıkların da artacağı öngörülmektedir. İnsanın ömrü uzatılmış ama yaşlandıkça artan kronik hastalıklara çözüm bulunamamıştır. Birçok hastalık yaşlı insanlarda daha tehlikeli ve ağır sonuçlara yol açmaktadır.

2.4.7. Kontraktur (Kasılma)

İnsanın yaşı ilerledikçe bu ilerleyişin bir sonucu olarak vücutta değişimler ve aksaklıklar meydana gelmektedir. Doğumdan ölüme doğru giden insan yaşamında, bu sürecin daha önceki yıllara veya çağlara nazaran uzamış olması ve gün geçtikçe uzamaya devam etmesi elbette ki farklı değişimleri de beraberinde getirecektir.

Kontraktur, halk dilinde “kasılma” olarak adlandırılan bir hastalık türüdür. Kasların sertleşmesi, esnekliğini önemli derecede yitirmesi veya daha ileri boyutta ele alınacak olursa, vücuttaki bazı kasların işlevlerini tamamen kaybetmeleri sonucu kontraktur oluşur. Bu hastalık hem ilerleyen yaşla birlikte vücudun fiziksel yapısının deforme olması hem de yaşlıları bakıma muhtaç yaşamaya iten diğer hastalıkların etkilerinin olması sonucu ortaya çıkabilmektedir (Akdemir vd. 2011: 59).

Kasılma hastalığı adalelerin büzüşmesi şeklinde tezahür eder. Bu hastalık neticesinde hasta hareketsiz kalmaktadır. Eklemler asıl fonksiyonlarını yerine getiremezler. Hareket kabiliyeti sınırlandığından dolayı hastalar yatağa bağımlı hale gelirler. Bu hastalara sınırlı da olsa bazı jimnastik olanakları sağlanmalı, hasta,

yatağa iyi bir şekilde yerleştirilmeli ve cildinde yaraların oluşmaması için sık sık pozisyonu değiştirilmelidir (Seyyar, 2004: 13). Kontraktür özellikle felç sonrasında karşılaşılan bir sorundur. Yapılan araştırmalara göre, felçten etkilenen bireylerin %48 ila 95'i günlük işlerini yapmak için kollarını kullanamamaktadır. Omuz esnekliği ve rotasyonunun kaybedilmesi de başka bir önemli sağlık problemidir (Schurr ve Ada, 2006: 133).

Yaşlılarda kontraktür hastalığının sık rastlanılmasında ilerleyen yaşın etkileri olduğu kadar yatağa bağımlılığın da payı büyüktür (Gündüz, 2000: 160). Bakıma muhtaç bir şekilde yatağa bağımlı halde yaşayan hastanın hareket edebilme imkânı kısıtlıdır. Bu kısıtlılık hastanın kol, bacak, boyun gibi uzuvlarını ve kaslarını yeterli bir biçimde çalıştıramamasına neden olmaktadır. Yatağa bağımlılığın ortaya çıkardığı bu sorun kontraktür hastalığının da önemli sebeplerinden biri olmaktadır (Akdemir vd.2011: 58).

Kasların işlevlerini kaybetmemeleri ve kas dokusunun azalmaması için kasların hareket etmesi ve uzun süre hareketsiz kalınmaması gerekmektedir. Bakıma muhtaçlığın bir etkisi olarak bu hareketsizlik, hastalarda kas ve iskelet yapılarının deforme olması sonucunu doğurabilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre yatağa bağımlı ve bakıma muhtaç halde yaşayan hastaların %26.3'ünde kontraktür rahatsızlığı ortaya çıkmıştır (Akdemir vd., 2011:60). Bu rahatsızlığın ortaya çıkmasında hastaların hareket edebilme imkânlarının kısıtlı olması etkili olmuştur.

Kontraktürün erken müdahale ile cerrahi operasyon gerekmeden tedavi edilebilme imkanı vardır. Bu rahatsızlığın ilerleyişi hızlı değildir ve ilk evrelerinde müdahale edilip tedavi sürecine başlanması önemlidir. Bakıma muhtaç yaşayan hastalarda uygulanacak fizyoterapi ve egzersiz çalışmaları kontraktür rahatsızlığının giderilmesinde veya azaltılmasında etkili olmaktadır (Akdemir vd. 2011:58). Ancak rahatsızlığın ilerlemesi, kas ve iskelet yapısının bu süreçte deforme olması gibi sebepler sonucunda cerrahi operasyon bir şart haline gelebilmektedir.

Kontraktürün giderilmesi veya hastaya olan etkisinin azaltılması için egzersiz çalışmaları yapılmalı, hareket kabiliyeti kısıtlı ve yatak içerisinde kolay hareket edemeyen hastaların hastane görevlilerinin yardımıyla hareket edebilmeleri sağlanmalıdır. Bu süreçte, yatağa bağımlı ve yatağa muhtaç yaşayan hasta sayısının fazla olduğu hastanelere büyük iş düşmektedir. Hastane görevlilerinin bu rahatsızlık

hakkında bilgilendirilmeleri ve gerektiği takdirde eğitim almalarının sağlanması hastaların kontraktür rahatsızlığından korunmaları açısından elzemdir.

2.4.8. Felç

Bakıma muhtaç yaşamaya iten hastalıklar arasında belki de muhtaçlığın en ileri düzeyde olduğu hastalık olarak felç geçirmek sayılabilir. Demans, Alzheimer, Kanser, MS gibi bakıma muhtaçlığa yol açan diğer hastalıklar hastanın kendi vücudunu, organlarını kısmen de olsa kullanabilme imkanına sahipken, felç geçiren bir hastanın hareket kabiliyeti çok daha azdır. Felç, halk arasında “inme” olarak da adlandırılmaktadır. Oluşma aşaması değerlendirildiğinde; damar tıkanması ve damar yırtılması şeklinde iki farklı nedene dayandırılır (Tezer vd. t.y:10)

Felç, şiddet düzeyine göre hastanın komaya girmesine veya ölümüyle sonuçlanmasına sebep olabilen ciddi bir hastalıktır. Hastaya olan etkisi, felcin olduğu bölgeye göre farklılık gösterir. Vücudun birçok yerinde felç riski bulunmaktadır ve bu da hastanın hareket kabiliyetini çok farklı şekillerde kısıtlayabilmektedir. Damar tıkanması ile oluşan felç türünde, hasta bazen kalıcı bir hasar almadan veya ciddi bir tedavi görmeden bu hastalığı atlatabilir (Tezer vd. t.y:11). Damar yırtılması ile oluşan felç türünde ise damar tıkanmasının aksine hastalık ciddi sorunlara yol açabilmekte ve cerrahi operasyon çok önemli hale gelmektedir.

Beyindeki damarlarının kireçlenmesi felcin en önemli sebeplerindendir. Yaş ilerledikçe felç geçirme olasılığı da artmaktadır. 65 yaş üstündeki kişilerin %5 ila %6'sının felç geçirdiği belirtilmektedir. Hareket becerisinin yeniden kazanılabilmesi için tıbbi rehabilitasyon kapsamında fizik tedavisi ve bedensel alıştırmalar uygulanmalıdır.(Seyyar, 2004:15-16)

Felç geçiren bir hasta, felcin şiddetine göre yatağa bağımlı hale gelebilir. Yürüme yetisini veya ayaklarını kontrol edebilme yetisini kaybeden bir hastanın tekerlekli sandalye kullanması, el veya kollarında veya yüzünde felç oluşan bir hastanın temel ihtiyaçlarını karşılayabilme imkanı kısıtlı hale gelebilmektedir. Hastanın yürüme, yemek yeme, tuvalet ihtiyacını karşılama, görme işlevi gibi zaruri ihtiyaçlarını karşılayamaması ile bakıma muhtaçlık durumu ortaya çıkmaktadır.

2.4.9. Dekubitus Ülserleri

Bu hastalık türü, farklı nedenlerle uzun zaman yatmak zorunda kalmış kişilerde görülmektedir. Bu kişilerin %70'ten fazlasının 70 yaş üstünde bulunduğu, ölüm riskinin %8 seviyesinde olduğu ifade edilmektedir (Oğuz, 1998:147).

Dekübitüs ülseri vücudun birçok yerinde ortaya çıkabileceği gibi, en çok sacrum (kuyruk sokumu kemiği), iskiüm(kalça bölgesi), büyük trokanter (sırtın alt bölgesi) bölgelerinde görülür (Oğuz, 1998:149). Bu bilgiden hareketle, bakıma ve yatağa muhtaç bir hastanın en çok bel ve aşağısında dekübitüs hastalığına yakalandığı ileri sürülebilir. Hastanın yatış pozisyonu, basıncın vücuda dağılımı gibi etkenler dekübitüs ülserinin ortaya çıktığı bölgeleri belirlemektedir (Beğer, 2004:245).

Dekubitus ülserinde ilgili bölge zamanla hayati işlevlerini yitirerek tamamen siyahlaşmaktadır. Ölü doku vücut tarafından kabul edilmeyip dışarı atıldığından, geriye bir yara kalmaktadır. Bu yara çok zor iyileşir ve zamanla bakteri birikmesinden dolayı kokar. Dekubitus ülseri hastaları hareket yapmalarını sağlayacak egzersizler yapmalıdırlar. Yatak pozisyonu günde birkaç kez değiştirilmelidir. Cilt temiz ve kuru tutulmalıdır. Kan dolaşımını sağlamak için vücut ovulmalıdır. (Seyyar, 2004: 14-15)

Uzun süre yatağa bağımlı halde yaşayan hastalarda meydana gelen hastalık türüdür (Oğuz, 1998:147). Bu hastalık “yatak yarası” veya “bası yarası” olmak üzere iki farklı isimle de tanımlanmaktadır (Erhan, 2006:66). Hastalığın en önemli nedenleri arasında basınç etkeninin olması hastalığın “bası yarası” olarak isimlendirilmesinde etkili olmuştur.

Bir rahatsızlık sonucu hastaneye kaldırılan veya evde yatağa bağımlı halde yaşamaya başlayan hastanın hareket edebilme imkanı kısıtlıdır ve bu kısıtlılık beraberinde birtakım sorunları da ortaya çıkartır. Hastanın hareket edebilme imkanının olmaması, sürekli olarak belli bir şekilde yatmak zorunda kalmasına yol açar. Hastanın vücudu sürekli aynı pozisyonda olduğu için vücudun bazı bölgelerinde basınç fazlaşır ve bu basıncın uzun süre devam etmesi sonucu vücutta yara oluşumu baş gösterir.

Türk Silahlı Kuvvetleri Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi'nde yapılan bir araştırmaya göre merkez içerisinde tedavi gören hastaların hastanede yakalandıkları hastalıklar incelendiğinde 2. sırada Dekübitüs Ülserinin yer aldığı görülmektedir (Şener vd. 2005: 82).

Bu istatistik gösteriyor ki, bakıma muhtaç yaşayan yaşlıların yakalanmış oldukları hastalığın tedavisine devam edilmesi sürecinin yanında dekübitüs ülseri riskine karşı da önlem alınması gerekmektedir. Bu riski azaltmak için yapılacak en basit işlemler sayılacak olursa;

- Hastaların sürekli aynı pozisyonunda yatmalarının engellenmesi
- Hastanın vücudunun herhangi bir bölgesinin sürekli basınç altında bulunmasının engellenerek basınca uğrayan bölgelerinin dengeli hale getirilmesi
- Cildin temizliğinin iyi bir şekilde yapılması ve cildin sürekli kuru tutulması
- Yatağa bağımlı yaşayan ve kendi hareket kabiliyeti kısıtlı olan hastanın vücudunun belirli aralıklarla değişik pozisyonlarda yatırılması gibi çalışmalarla dekübitüs ülserine karşı önlem alınmalı ve bu çalışmalar aksatılmamaya dikkat edilmelidir (Erhan, 2006:67).

Dekübitüs ülseri ciddi bir hastalıktır ve hastalığın ölümle sonuçlanma riski çok yüksek olmasa da az değildir (Oğuz, 1998: 150).

Bakıma muhtaç kişilerde ortaya çıkan bu hastalık bakıma muhtaçlık düzeyini arttırmamak ve hastanın yaşam kalitesini muhafaza edebilmek, hatta yükseltebilmek için bilhassa önlem alınması gereken bir hastalıktır.

Bedendeki hücrelerin yaşlanması bireyde fiziksel güç kaybı sonunda yaşlı yaşama bağlılığını ve mutluluğunu yavaş yavaş yitirir. Tüm bunlardan sonra yaşlı kişi birtakım ciddi tıbbi sorunlarla da yüzleşecektir. (Emiroğlu, 1998: 54).

Duyulardaki önemli zayıflamaya bağlı olarak, algıda bozulma sonucunda zihinsel gerilemelerde ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklarla yaşlılık arasında da bir kısır döngü vardır her ikisi de birbirini tetiklemektedir (Ergör vd., 1996:43). Bunlara ek olarak yaşlılıkta ortaya çıkan kronik hastalıklar kişinin günlük hayatında günlük yaşam becerilerini gerçekleştirmesinde zorluk çıkarttığından bağımlılık düzeyinin artışına sebep olur (Büyükçoşkun, 1998: 56).

2.4.10. İnkontinans

İdrar inkontinansı ileri yaşlılıkta ortaya çıkmaktadır ve diğer yaşlılık hastalıklarına nazaran ihmal edilmektedir. Oysa bu durum kişni hayatını sosyal ve psikolojik açıdan çok etkileyerek anksiyete, bağımlılık, sosyal izolasyon vb. problemler meydana getirebilmektedir. Ayrıca bu yaşlılık hastalığı bakıma muhtaçlıktan, tedavi ücretlerine kadar (ped, bez, ilaç, cihaz, cerrahi) oldukça büyük harcamalara neden olmaktadır (Kutsal ve Eyigör, 2012: 52).

İnme ve demans gibi yaşlı bireylerde işlevsel durum bozulmasına neden hastalıklar da çoğu kez boşaltım sorunlarına neden olabilmektedir. İşlevsel tanılama bireyin fiziksel işlevlerine ilişkin özelliklerinin dışında bilişsel, iletişim ve duyuşal işlevlerine ilişkin verileri de kapsamalıdır. Alt üriner sistem ve bağırsak sistemi sağlam olsa bile boşaltımın oluşması veya devam etmesi çevre gibi farklı faktörler tarafından da etkilenebilmektedir (Reed, Clarke ve Macfarlane, 2015:147). Bakım planlanıp uygulanırken tüm bu faktörler dikkate alınmalıdır.

2.4.11. Malnütrisyon

Yaşlılarda oldukça sık görülen bir hastalıktır. Türkiye’de 413 yaşlı bireyin incelendiği araştırmada %44 gibi bir değerle karşılaşılmıştır. Ayrıca birçok geriatrik hastalığın varlığı ile paralellik tespit edilmiştir. İleri yaşlılarda zayıflamış sindirim kapasitesi ile birlikte tat ve koku duyusunun kaybından mütevellit sağlıklı beslenmeden uzaklaşmaktadır (Kutsal, Eyigör, 2012: 53). Böylece malnütrisyon riski ortaya çıkmaktadır.

2.4.12. Düşmeler (Fall/Falls)

Yaşlı bireylerde çok sık rastlanan bedensel zayıflamalara bağlı olarak düşme sıklığı riski artmaktadır. Öyle ki, ilerleyen yaş (özellikle 80 yaş üstü), tek başına yaşamak, yalnız yaşamak, artan hastalılar, uyuma problemleri, inkontinans, hatırlama problemi, çoklu tıbbi sorunlar, bedensel fonksiyonlarda bozulma gibi nedenlerle de riski ciddi anlamda çoğalmaktadır. Yaşlılıkta düşme problemine neden olan en çok risk barındıran hastalık olarak Parkinson sayılmaktadır. Düşmenin sık

tekrarlanmasıyla yaşlı da depresyon ve anksiyete problemleri ortaya çıkmaktadır. (Kutsal, Eyigör, 2012: 51).

Bunların yanında yapılan başka bir araştırma da huzurevi yaşlılarının % 71,8'nin düşme korkusu yaşadığı ve düşme korkusu ile yaş, cinsiyet, günlük yaşam aktivitesi, depresyon, denge, mobilite ve yardımcı cihaz kullananlar arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir (Soyuer vd. 2015: 173).

2.4.2.13. Kırılgnlık (Frailty)

Kırılgnlık bir yaşlılık sendromlarından ve yaşlılıkla oluşan strese karşı gösterilen yüksek tepkisel cevap olarak tanımlanmakla beraber diğer fiziksel sistemlerde meydana gelen deformasyonlardır. 65 yaşını aşmış yaşlıların %7'sinde ve 80 yaşını geçmiş yaşlılarında %30'unda bu hastalık görülmektedir. Yaşlılarda görülen malnutrüsyon, bakıma muhtaçlık, yatalak olma durumu bası yaraları, hareket etme zorlukları, kilo kaybı, düşme korkusu, demans, kırıklar, çoklu ilaç kullanımı kırılgn yaşlı olma durumunu ortaya koymaktadır. Fiziksel yönden; kilo kaybı ile birlikte bedende önemli ölçüde zayıflama, kaslarda güç kaybı, bitkinlik, motor hareketlerde zorlaşma ile düşük fiziksel hareketler gözlenmektedir (Kutsal ve Eyigör, 2012: 53).

2.5. Yaşlı Bakım Hizmetleri

Bakımevlerindeki geleneksel bakım anlayışına “medikal model” egemendir. Medikal model geleneğinde birincil amaç, sağlık ve güvenliğin sağlanması olarak görülmektedir. (Soygür, 2000: 36) Son günlerde medikal modelin yerini psiko-sosyal model almaktadır. Bu yaklaşımda bakım kişi odaklıdır ve bireysel iyilik hali amaçlanmaktadır (Verbeek, vd. 2009: 252).

Bakım modelleri; bakımın teorik esaslarıyla beraber bakım sağlanması esnasında dikkat edilmesi gereken hususları (tutum ve davranışları) gösteren bilimsel ve rasyonel tabana yayılmış sistematik bir yöntemdir (Seyyar ve Genç, 2010:78).

Yaşlılar için bakım modelleri geliştirilirken öne sürülen ve üzerinde durulan üç farklı yaklaşım bulunmaktadır. 1.Tıbbi Model: tıbbi duruma göre belirlenen

bakım modeli, 2. Bireysel Model: Bireye göre belirlenen bakım modeli, 3. Sosyal Model: Bireyin sosyal statüsü ve sosyal rolüne göre belirlenen bakım modeli olarak tanımlanmaktadır (Ankara Yaşlanmasının Etkileri ile Yaşlı Bakımında Sürdürülebilir Politikalar ve Stratejiler Projesi, Yaşlılar İçin Elele, 2014:84).

Yaklaşımlar dışında bakımın gerçekleşmesi esnasında ihtiyaçlara göre farklı bakım boyutları belirlenmiştir bunlar;

1. Fiziksel destek/bakım (tıbbi bakım ve tedavi, öz bakım (personel bakımı) ve GYA (Günlük Yaşam Aktiviteleri).
2. Psikolojik destek/bakım (psikolojik bakım ve duygusal desteği de içerir).
3. Sosyal katılım desteği (sosyal destek ve sosyal katılım desteği).
4. Destek hizmetleri/sosyal bakım (EGYA, ulaşım ve açık hava egzersizleri) (Ebersole ve Touhy, 2006: 25)

Hizmet alanlar açısından bakım kalitesinin değerlendirilmesi yaklaşımında da aşağıdaki özellikler bakımın kalitesi açısından önemli boyutlar olarak kabul edilmektedir;

- Bakımın uygunluğu
- Bakımın sürekliliği
- Bakım çalışmalarında mesleki yetkinlik ve beceriler
- Hizmet alan ve bakım hizmeti arasındaki etkileşimin kalitesi
- Hizmet alan otonomisi ve kontrolü
- Evde yaşamın güvenliği
- Sağlık sonuçları
- Hemşirelik bakım sonuçları
- Sosyal bakım sonuçları
- Bakım memnuniyeti

Bakımın nasıl sağlanmakta olduğu karşılanan ihtiyaçlarla etkileşimdedir. Hizmet alana saygı, hizmet alanın öz saygısı, güvenilirliğin desteklenmesi ve hizmet alana yeterli zaman ayrılması, bakımın sürekliliği özerkliği arttırmaktadır. Bakım ilişkisinde nezaket ve güven yaşlının duygusal olarak iyi hissetmesini sağlayacaktır. Buna göre, etik standartlar, verimli prosedürler, destek hizmetleri ve etkileşimin kalitesi hizmet alan açısından dört bakım kalite unsurudur (Ebersole ve Touhy, 2006: 20).

Yaşlı bakımında önemli işleve sahip mesleklerden olan sosyal çalışma mesleği üyeleri, genel olarak; sorunlu kişilerin sosyal uyumunu temin ederek hayata kazandırmaya çalışırlar. Bu anlamda sosyal hizmetler: psikoterapist, fizyoterapist ve uzman bakım elemanlarının dahil olduğu meslek elemanları tarafından gerçekleştirilen tıbbi-fiziki- ergonomik hizmetleri, tıbbi-psikolojik tedaviyi içeren rehabilitasyonu, sosyal çalışma hizmetlerine dahil olan mesleklerden sosyal ilahiyatçı, sosyal danışman, sosyal psikolog bireyin yaşam içerisinde etkin olmasını sosyal anlamda rehabilite edilmesini, sosyal pedagojik açıdan da buna uygun meslek elemanları ile (meslek danışmanı, yaşlılar eğitmeni vb.) eğitim sorunlarının halledilmesine ve sosyal yönden uyum göstermeleri yönünde çaba sarf edilir. (Seyyar, 2004: 44).

Bakım modelleri, bakım hizmetinin sunulması esnasında uzun süre bu hizmetin incelenmesi, izlenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bakım hizmeti modellerinde yaşlı bakımının nitelik ve nicelik açısından kalitesini önemli ölçüde etkilediği düşünülen bazı temel noktalar vardır. Bunlar; insan odaklı olunması, sosyal ahlak anlayışı, sağlık ve çevresel faktörlerin gözetilmeleridir (Seyyar ve Genç, 2010: 78).

Literatürde bakım uygulamaları ile ilgili dört veya altı aşamalı modeller en popüler olanlarıdır. Altı aşamalı olan modelde aşağıdaki adımlar takip edilir:

- a. Yaşlı ile ilgili bilgi toplamak,
- b. Bakıma muhtaç bireyin problemini araştırmak ve bireyin hali hazırdaki durumuna vakıf olunması,
- c. Her birey için bakımın ulaşması istenen noktanın tespit edilmesi,
- d. Bakım planı ile ilgili gerekli önlemlerin alınması
- e. Planlanan bakımın hayata geçirilmesi
- f. Uygulanan bakım planının sonuçlarının kontrol edilmesi ile bakım hizmetinin değerlendirilmesi ihtiyaca göre yeniden planlanması veya revize edilmesi (Seyyar, 2007: 52)

Maneviyat-sağlık bağlantısı ve başarılı yaşlanma üzerindeki etkisini araştıran çalışmaları mevcuttur. Ancak bu araştırmalar henüz başlangıç aşamasında olmakla birlikte sonuçlara göre bir ilişki olduğunu göstermektedir. Rowe ve Kahn'ın başarılı yaşlanma modeline pozitif maneviyatın dahil edilmesi, bakım modeli içerisinde bu bağlantının önemini gösteriyor (Clarke vd. 2011: 1289).

Bakım modelleri, bakımın uygulanması noktasında bu hizmeti veren profesyonellere birtakım kolaylıklar ve yöntemler sağlar. Bu açıdan modeller bu hizmetin nasıl verileceği hususunda yardımcı olurlar. Bakım modelleri farklı uygulama ve yöntemlere sahip olsa da hedef aynı olduğundan dolayı belli bir plan çerçevesinde bakımın programlı olarak bakıma muhtaç kişiye sunulmasıyla gerçekleşmektedir (Seyyar, 2007: 48).

Bakım modellerinde açıklığa kavuşan aşama ve yöntemler bireyin günlük yaşamında mecburen yerine getirmesi gereken etkinliklerdir. Bu ihtiyaçların karşılanabilmesi kişinin birtakım eylemleri yerine getirebilmesi ile mümkündür. Bakım modellerinde göz önünde bulundurulacak önemli kriterler genel anlamda aşağıda olduğu gibidir. (Seyyar ve Genç, 2010: 79)

- Bakıma muhtaçlık probleminin insani bir yaklaşımla ele alınması,
- Bakım müdahalesini zorunlu hale getiren sebeplerin tespiti,
- Bakıma muhtaçlığın ortaya konulması ve ihtiyacın derecelendirilmesinin belirlenebilmesi için yöntemlerin kullanılması,
- Bakım planının çerçevesi, basamakları, nihai sonuçları,
- Denetim ve bakım hizmetinin sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Uzman bakıcının, yaşlının ve aile fertlerinin bakımdaki rolü ve önemi

Alman sosyal bakım sektöründe; teorik anlamda ve sosyal bakım eğitiminde öne çıkan bakım modelleri şunlardır:

- Dorothea E. Orem (Kendi Kendine Bakım Yetersizliği) Modeli
- Virginia Henderson'un 14 Temel İhtiyaca Dayanan (Günlük Yaşam Aktiviteleri) Bakım Modeli
- Liliane Juchli'nin "Günlük Hayata Ait 12 Aktivite Modeli" (Aktivitaetendes Taeglichen Lebens: ATL Modeli)
- Monika Krohwinkel tarafından geliştirilen "13 Aktivite ve Hayati Önem Arz Eden Tecrübeler Odaklı Bakım Modeli (13 Aktivitaeten und Existentielle Erfahrungendes Lebens: AEDL)

Diğer modellerden bazıları şunlardır:

- Gordon Bakım Modeli veya Davranış Kalıpları Modeli
- NANDA – Reaksiyon Modeli (Seyyar ve Genç, 2010: 88-89)

2.5.1. Tıbbi Bakım Hizmetleri

Bakıma muhtaç bireye verilen sağlık hizmetinin en temel hedefi, yaşlının kendine yetebilmesi için var olan potansiyelinin azami ölçüde kullanılmasıdır. Bu noktadan hareketle geriatri hemşiresi yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltmeyi, tespit ettiği fonksiyonel kapasiteyi artırmayı ve yaşlı için ulaşılabilecek maksimum sağlık halini belirleyerek, durum tespitinden sonra uygulamayı planlar ve bunu gerçekleştirmeye koyulur (Akdemir ve Akyar, 2009: 33).

Medikal bakım anlayışında temel hedef, sağlık ve güvenliğin oluşturulup muhafaza edilmesidir.. Bu modelde, kurumdaki sağlık çalışanları, tüm kararları veren ve bunları pratiğe geçiren kişilerdir. Buradaki yaşlılar “bakıma muhtaç” hastalardır. Bu açıdan bakıldığında yaşlı, yardım ihtiyacı içinde olan bağımlı kişilerdir. Ancak her geçen gün değişen bakım modelleri özerklik ve korunma diyalektiğinden hareket ederler. Bakımda, özerklik ve korunma içinde oluşturulan denge önemlidir (Soygür, 2000: 38).

Nasher tıp kolejlerinde geriatik ilaç uzmanlık alanları ile ilgili dersler vermiştir ve 1914 yılında ABD’de yaşlıların tıbbi bakımı ile ilgili ilk ders kitabını yayınlamıştır. Geriatri terimi ABD’li Ignatz Leo Nasher kökenli olmasına rağmen İngiltere’de yaşlı bakım ilkelerinin gelişiminde 1935’te bir uygulama oluşturan West Middlesex Hastanesi Doktoru Marjory Warren’e çok şey borçluyuz (Ebersole ve Touhy, 2006: 4) .

Geriatik hemşireler, yaşlı bakımında yol gösterici en iyi uygulamalar ile ilgili sağlam bir bilgi birikiminin oluşmasında önemli katkılarda bulunmuşlardır. Bunların yansısı yaşlı bakımında en iyi uygulamaların tespitinde önemli bulgular, inkontinans, alzheimer hastalığı olan kişilerin bakımı, gayri resmi bakıcı beslemesi, bakım ortamında sağlık teşviki, fiziksel ve duygusal sağlık tedavisi ve huzurevlerinde rehberlik gibi önemli klinik konularda sağlam bir bilgi tabanı oluşturmuştur. (Ebersole ve Touhy 2006: 22)

Detaylı geriatik inceleme için interdisipliner takım gereklidir. İnterdisipliner takımın oluşması sırasında geriatrist veya iç hastalıkları uzmanı, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog, iş ve uğraşı terapisti, fizyoterapistten bahsetmek mümkündür.

Ancak bakım evlerinde profesyonel hemşirelerin eksikliği bugünde devam etmektedir ve birçok bakım evinde hasta oranı göre düşük hemşire sayısı hastalar için tehlike doğurmaktadır. Huzurevlerinde doğrudan bakım sağlamak için personel istihdamının zorluğu kritik bir sorun olmaya devam etmektedir (Ebersole ve Touhy, 2006: 23). Türkiye’de ise 11 Ekim 2014 tarihi itibari ile devlete bağlı 114 Huzurevi yaşlı bakım rehabilitasyon merkezinde toplam 324 hemşire kadrolu olarak çalışmaktadır.

2.5.1.1. Geriatri Kaynaklı Hemşirelik Bakım Modeli (GNR)

Avrupa ve Amerika’da geriatri hemşireleri; yaşlıların gün içerisindeki faaliyetlerinde yardım veya kısa dönemli bakım ihtiyacı olan yaşlıların bakıldığı merkezlerde,

- Yaşlıların beliren ihtiyaçlarına göre oluşturulmuş, bakım hizmeti veya tedavi hizmeti sunan yaşam evlerinde, huzurevlerinde,
- Yaşlılara, aşılama ve kan şekeri ölçümlerinin gerçekleştirildiği veya kan basıncı incelemelerinin yapıldığı gündüz bakım merkezlerinde,
- Günlük kişisel faaliyetlerin yerine getirilmesinde sorun yaşamayan fakat ev temizliği, yemek yapımı ve benzeri işlerde yardıma ihtiyaç duyan kişilere destek sunan merkezlerde,
- Sağıksal tedaviler sonrasında destekleyici bakım, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve bakım hizmeti verilen geçici bakım merkezlerinde,
- Fizyoterapist, diyetisyen, psikiyatrist gibi ekip üyeleri ile kompleks sağlık bakım faaliyetlerinin sunulduğu rehabilitasyon hastanelerinde,
- Yaşamsal durumların takibi ve bu konularda eğitim danışmanlık hizmetinin sunulduğu zaman zaman da evlere gidildiği toplum bakım merkezlerinde çalışmaktadırlar (Akyar ve Akdemir, 2009: 33)

Geriatrik kaynaklı hemşirelik bakım (GRN) modeli, klinik hemşirelerin geriatrik bakımda çalışmak üzere hazırlandığı eğitimlerin verildiği, klinik bazda uygulanan müdahale modelidir. GRN modeli hemşirelere eğitim ve modelleme yoluyla geriatrik ön pratik, geriatrik sendromlar hakkında spesifik bilgiler (örneğin

düşme, inkontinans) vererek birikimlerini geliştirmekte ve yaşlı bakım hizmetlerinin yönetimini sağlamaktadır. (Capezuti vd. 2013: 340)

Kısacası farklı alanlarda çalışan hemşireler içinde kendi tercihleri ile geriatri alanında eğitim almış tecrübeli hemşirelerin düzenlediği eğitim ve uygulamalarını takip edip bizzat katılarak yaşlı bakımı hususunda kendilerini geliştirebilirler. Bu uygulamalara katılarak hemşireler geriatrik yaşlı bakımı konusunda oldukça önemli bilgi beceriye sahip olabilmektedirler (Akyar ve Akdemir, 2009: 40).

2.5.1.2. Geriatrik Sendrom Yönetim Modeli

Kliniklerde çalışan hemşireler, katıldıkları konsültasyonlar ve eğitimler aracılığı ile yaşlılarda çok fazla rastlanan birtakım yaşlılık hastalıklarını düşme, üriner kontinans ve uyku bozuklukları gibi hızlı ve doğru bir şekilde tespit ederek gerekli olan bakımı uygulamasını sağlayabilmektedirler. Bu yöntemle verilen bakım hizmetinde, pratik ve eğitimsel açıdan yüksek düzeyde bulunan geriatri hemşireleri aracılığı ile bakım değerlendirme formlarının ve kayıtlarının ve takip yöntemlerinin ortaya konulması önem arz etmektedir. Bunlara ek olarak bakım sırasında yaşanabilecek problemlerin tespiti için zaman zaman bakım süreçlerinin yeniden değerlendirilmesi de gerekmektedir. Bu model ile sunulan bakım hizmetlerinin sonucunda geriatrik hastalıklara ve bunlara yönelik uygulanan bakım hizmetleri ile ilgili birtakım yeni işletimsel düzenlemeler ortaya çıkabilmektedir (Akyar ve Akdemir, 2009:44).

2.5.1.3. Yaşlılar İçin Akut Bakım Modeli (ACE)

Yaşlı tıbbi cerrahi ünitesi, akut bakım (ACE Ünitesi) modeli, yaşlılar için klinik sonuçların iyileştirilmesi için hedeflenen belirli üniteleri oluşturmak için kullanılmayan hastane yataklarının dağıtımını amaçlar. Yaşlı akut bakımı, medikal-cerrahi birimi (ACE ünitesi); esnek hemşire istihdamını ve spesifik fiziksel çevre adaptasyonunu birleştirerek; birim problemini yönetir ve en iyi uygulamaların, protokollerin geliştirilmesini ve daha sonra bütün bir hastane ve sağlık sistemi genelinde yayılmasını sağlar (Capezuti vd. 2013: 340).

2.5.1.4. Leininger Modeli

Madeleine Leininger 1970 yılında teorilerini geliştirmeye başlamış ve sonrasında bu dönemdeki en üretken yazar olmuştur. Kültürün dokuz alanını içeren ve bunları müşteri eylemleri ile ilişkilendiren gün doğumu modelini geliştirmiştir. Bu alanlar teknolojik faktörleri de içeren yarı kültürel yarı sosyo-kültürel boyutları düzenlemektedir. Bu söylemler bakım yapıları, pratik sağlık ve hemşirelik bakım kararları ve eylemlerinden etkilenmiştir (Daly, Speedy, ve Jacksoni 2004: 73).

Kültürel bakım; hemşirelik bakımına rehberlik etmek için hemşirelik bakım fenomenini bilmenin, açıklamanın, yorumlamanın ve tahmin etmenin bütüncül bir aracıdır. Teorinin üç önemli modu vardır: kavramsal bakım, yerleştirme ve/veya müzakere şeklinde tanımlar. Sağlık; kültürel olarak tanımlanan birey ve gruplara uygulanan, günlük rol faaliyetlerin, kültürel olarak faydası ile ifade edilerek, yapısal yaşam biçimlerini içinde yansıtan iyi olma hali olarak tarif edilmektedir. Bakımı ise gerekli olan sağlık, şifa, iyilik ve hayatta kalma durumu olarak ifade edilmektedir. (Leininger ve McFarland, 2006: 32).

Ayrıca bakım, kültürlerarası hemşireliğin en önemli baskın ve birleştirici özelliği olan kavramlardan biri olarak sunulmaktadır. Kültürel bakımın çeşitliliği ve evrensellik teorisi, hemşirelik ile antropoloji disiplinlerinden türetilmiştir. Madeleine Leininger hemşirelik bakımını, bakım ve kültür arasındaki uçuruma yönelik bir köprü oluşturmak için 1950'lerin ortasında kavramsallaştırmıştır (Fitzpatrick ve Kazer 2012: 274.)

2.5.1.5. Campinha-Bacote Modeli

Campinha – Bacote'e göre, Sağlık hizmetlerinin sunumunda kültürel yetkinlik süreci model ve açıklaması için beş temel yapı vardır. Bunlar; kültürel farkındalık kültürel beceri, kültürel bilgi, kültürel karşılaşmalar ve kültürel arzudur. Kültürel inançlar ve değerler şunlardır:

- Değer oryantasyonu
- İnsan doğası hakkında inançlar
- Doğa ile ilişki hakkındaki inançlar
- Yaşamın amacı hakkındaki inançlar

- Hastalık nedenleri hakkındaki inançlar
- Sağlıkla ilgili inançlar
- İyileştirme rolünü kimin sunduğu veya şifa uygulamaları hakkındaki inançlar.

Bir başka bakış açısına göre hizmet alanın hastalık veya sağlık durumunu etkileyen faktörler; değerler, inançlar; sağlık sistemi sağlık hizmeti sağlayıcısının hizmet alana yaklaşımlarıdır (Weber ve Kelly, 2014: 180-181).

2.5.1.6. Nanda – Reaksiyon Modeli

Kuzey Amerika Bakım Teşhisleri Birliği (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından geliştirilen bir bakım modelidir. Bu modelde yaşlının ihtiyacının tespiti ve tanılamanın yapılmasını sağlayan boyutlara bakacak olursak:

- Fiziksel temas
- İletişim kurma
- Hareket etme
- İdrak
- Hafıza gücü
- Hissetmek
- Konuşmak
- Seçim yapabilme
- Değer verme (Seyyar, 2004: 82) .

Bakım modelleri içeriksel açıdan bireyin bakıma muhtaçlığına sebebiyet verebilecek tüm riskleri göz önüne almasına rağmen her biri kendi içinde bazı avantajlar ve eksiklikler taşıyabilmektedir. Bu nedenle modellerin farklı coğrafyalarda farklı kültürlere göre yeniden düşünülüp adaptasyonunun gerçekleştirilmesi gerekmektedir. (Seyyar, 2004: 10). Bakım modelleriyle sunulan alt yapıda oluşturulacak koşulların ülkelerin koşullarına ve ihtiyaçlarına uygun şekillenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

2.5.2. Sosyal Bakım Hizmetleri

Uygulamalı Sosyal Bakım Hizmetleri, özel koşullarından dolayı durumları gereği rehabilitasyondan faydalanamayan faydalansa dahi birebir bakım

uygulanmasına ihtiyaç duyanlara sunulan kurumsal yada eve dönük psiko-sosyal içerikli profesyonel bakım hizmetleridir. Spesifik bir bilimsel çalışma alanı olma açısından değerlendirildiğinde teorik, yöntemsel açıdan farklılıklar olan ve kendine has birtakım meslekleri içerisinde barındıran sosyal ve hemşirelik bakım hizmetlerini de kapsayan, sosyal tıp alanıdır. Sosyal bakımın ana çerçevesi bakım uygulamalarının sunulan bakımın psiko-sosyal çerçevede değerlendirilmesi şeklindedir (Seyyar, 2004: 6).

Sağlığın korunması, (hem psiko-sosyal açıdan hem de bio- fiziksel açıdan) yükseltilmesi ve bireyin bakıma muhtaçlığını ortadan kaldıracak her düzeyde tıbbi ve sosyal bakım hizmetleri, etkili bakım politikaları ile gerçekleştirilebilmektedir. Bakımın sürekliliği, yüksek kalitede tıbbi ve sosyal hizmetlerin bireyin sağlık gereksinimlerine göre çeşitli düzeylerde ve bir sistem içinde sunumu ile ilgilidir. Bu nedenle, çeşitli türde ve farklılıkta sunulan tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin koordineli ve sürekli olması bir zorunluluktur (Oğlak, 2008:111).

Sosyal Bakım Hizmetleri terimi, sosyal hizmetler bünyesinde bakım hizmetlerinin de yürütülmesini ifade eder. Ülkenin yaşlılara yönelik sosyal politikasının önemli bir unsurunu oluşturur. Seyyar’a göre sosyal bakım hizmetleri, “günlük hayatta fiili uygulama ve teorik-bilimsel araştırmalar açısından bakıma muhtaç kişilerin bakımını psiko-sosyal temeller üzerine bina eden hizmetlerin bütünüdür”(Seyyar, 2004: 262).

Sonuç olarak yaşlılık psiko-sosyal ve fiziksel açıdan birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasıyla sağlığın korunması, yükseltilmesi ve bireyin bakıma muhtaçlığını ortadan kaldıracak her düzeyde tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin etkili bakım politikaları ile gerçekleştirilmesini gerektiren bir yaşamsal süreçtir. Bu nedenle bakımın sürekliliği, yüksek kalitede tıbbi ve sosyal hizmetlerin bireyin sağlık gereksinimlerine göre çeşitli düzeylerde ve bir sistem içinde verilmesiyle bu sıkıntılı dönemde topluma adaptasyon gerçekleştirebileceği gibi bu yaşamsal süreç acılar içinde değil mutlu ve sağlıklı bir şekilde yaşanacaktır. Yaşlının bakıma muhtaçlık durumu içerisinde çok yönlü problemler barındırması nedeniyle, çeşitli türde ve farklılıkta sunulan tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin de koordineli ve sürekli olması gerekmektedir (Oğlak, 2008:11).

Sosyal bakımı teorik-kavramsal açıdan ve de pratikteki uygulamalarından dolayı dört temel açıdan:

a) Sosyal Bakım; fiziksel, psiko-sosyal anlamda günlük yaşamını devam ettiremeyen

devamlı diğerlerinin desteğine ihtiyaç duyan muhtaç bireylere standartize edilmiş çerçevede temel bakım hizmetlerinin sunulmasıdır. Örnek verecek olursak bakıma muhtaç bireye yemeğini yedirmekten, beden temizliğine kadar birtakım uygulamaları içermektedir.

b) Sosyal Bakım, bakıma muhtaç her birey için hedeflerin belirlenmesi ile yürütülen sistematik bir hizmettir. Sosyal bakım, yaşlın bireyin günlük yaşamdan doyum alma potansiyelini maksimum ölçüde kullanma, psiko- sosyal ve manevi anlamda kendine yeterli hale gelmesini sağlamaya yönelik adımlar ve hedefler içermektedir.

c) Sosyal Bakım; bakıcı ve bakıma muhtaç birey açısından mahremiyet, ve insani ihtiyaçlar barındıran bir iletişimi de içermektedir. Bu nedenle bakım sunan kişinin önemli şahsi hasletlere ve mesleki donanım açısından yeterliliğe sahip olması gerekir. Bakıcı, bakıma muhtaç bireye her türlü fiziksel desteğin yansısı sevgi, saygı ile yaklaşmalıdır.

d) Sosyal Bakım, psiko-sosyal içeriğe sahiptir. Bakıma muhtaçlık durumu içinde bulunan hassas duruma bağlı olarak yoğun psiko-sosyal problemleri de birlikte getirmektedir. Problemlerin çözümü yalnızca gerekli en temel ihtiyaçların giderilmesine yönelik verilen hizmetlerle son bulmaz aksine başta bakıcılar olmak üzere tüm profesyoneller bakıma muhtaç kişinin bireysel özelliklerinden sosyo kültürel, manevi ihtiyaçlarını da göz önünde tutabilecek donanıma sahip olmalıdırlar. (Seyyar, 2007: 262) Bu nedenle bakım hizmetleri alanında çalışan bakım elemanları en az meslek yüksekokulu düzeyinde ciddi bir eğitimden geçirilmeli ayrıca bakım eğitiminin belki bir üçüncü yılı olmalı bu dönemde de alan belirlenip (yaşlılık, engellilik, çocuk, genç, ve diğerleri gibi...) bu alana yönelik 6 ay teorik 6 ayda pratik eğitim almaları sağlanmalıdır.

2.5.2.1. ATL Modeli (Juchli Modeli)

Model, Abraham Maslow'un ortaya koyduğu "İhtiyaçlar Hiyerarşisi" üzerine kurulmuştur. Bu modelde, insanın yaşamı boyunca yeme, içme, barınma, cinsellik

gibi fizyolojik ihtiyaçları yansıra sosyal, kültürel, psikolojik ihtiyaçların da varlığından hareket edilir. Yüksek skalada hissedilen bu ihtiyaçlar; güven, sevmesevilme ihtiyaı, kendini gerçekleştirme, öğrenme, estetik-maneviyat, vb.dir. Bu ihtiyaçlarında diğerleri gibi sağlıklı birey yaşamda deneyimlenip doyurulmasına ihtiyaç vardır (Seyyar, 2004: 78).

Yukarıdaki bilgilere bağlı olarak; Liliane Juchli'nin "Günlük Hayata Ait 12 Aktivite Modeli"nde bulunan ana ihtiyaçlar listesinde yer alan boyutlar şunlardır:

- Gün içerisinde uyku ve uyanıklık halini dengeli bir şekilde sürdürebilmek
- Devinim halinde bulunabilmek
- Kişisel temizliğini yapabilmek
- Beslenme ihtiyaçlarını giderebilmek
- Tuvalet ihtiyaını kendi başına giderebilmek
- Vücut sıcaklığını sağlayacak kıyafet seçimini yapabilmek
- Zamanı, yaşanılan yeri algılayabilmek
- Sosyal ilişki ve iletişim içinde olabilmek
- Cinsel ihtiyaçlarda denge sağlayabilme
- Vicdan ve değerler konularında mesela ölüm konusunda tutarlı davranabilme,

şeklinde vurgulanan ana noktalarda problem yaşayan, sosyal ve psikolojik anlamda bakıma ihtiyaç hissederler. Bakıma muhtaçlık derecesi, bireyin günlük yaşamını yürütmesi ile ilgili etkinliklerle doğrudan ilgilidir. kişinin hayatını idame ettirmesini sağlayan günlük faaliyetlerle sıkı bir ilişki içerisindedir. Bu noktadan hareketle ATL şeklinde belirlenen modelde günlük yaşamsal etkinliklerin kısıtlanma ltnn değerlendirilmesi ile bakıma muhtaçlık tespiti yapılmaktadır (Seyyar, 2004: 77).

2.5.2.2. AEDL Modeli (Krohwinkel Modeli)

Bakıma muhtaçlığın psiko-sosyal açıdan ATL Modelinde gerektiği kadar incelenmediğini düşünen Monika Krohwinkel Dünya Sağlık rgt'nün "Dört Safhalı Modeli"ni AEDL Modeli'ne aynen aktaran Krohwinkel yaşlı bakımı ile ilgili olarak temel noktaları aşağıda olduğu şekli ile gündeme getirmiştir:

- Yaşamdaki birtakım faaliyetlerin ve tecrübelerin yaşam doyumunu ve kalitesine etkileri

- Bakımda süreç yaklaşımı
- Bakıma muhtaç birey ile kayıtlar
- Hizmetin sunumunda işletimsel değerlendirme

Krohwinkel, bakım ihtiyaçlarının ve boyutunun değerlendirilmesini sağlayan aktivite alanlarını içeren dört temel içerik belirlemiştir.

- Bakım elemanı ve bakıma muhtaç birey açısından değerlendirdiği insan
- Bireye etki yapan tüm iç ve dış unsurları içine alan çevre.
- Bakım ile ilgili süreçler (Seyyar, 2004: 79).

2.5.2.3. Davranış Kalıpları Modeli (Gordon Modeli)

Bakıma muhtaçlığın tespiti ve ölçümlendirilmesinde psiko-sosyal detaylar her geçen gün önemli hale gelebilmektedir. Bu nedenle bu model, sosyo- kültürel çevreden bireyin oldukça fazla açıdan etkilendiğinden hareketle bakıma muhtaç bireyin davranışları üzerinde önemle durmaktadır. Modelin temel amacı bireye kişisel benlik algısına ve yaşamını sürdürdüğü sosyo-kültürel yapının özelliklerini dikkate alan bakım planlanmasıdır (Seyyar ve Genç, 2010: 78).

Bu uygulama biçiminde de bakıma muhtaç bireyin fiziksel yeterlikleri ve kişisel farklılıklarının ölçülmesinde dikkate alınan hususlar aşağıdaki gibidir:

- Beslenme
- Tuvalet ihtiyacını giderme
- Hareket edebilme yeteneği
- Biliş ve algılama durumu
- Kendini algılama ve anlamlandırma
- Sosyal rol ve iletişim
- Cinsellik
- Strese karşı dayanıklılık
- Uyku ve dinlenme (Seyyar, 2004: 84)

2.5.3. Manevi Bakım Hizmetleri

Lenski modern toplumda insanların günlük yaşamlarında dinin etkisini keşfetmiş ve bu yolla dinin özellikle ekonomi, siyaset, eğitim ve aile yaşamı ve diğer kurumsal sistemlerin üzerindeki etkisini ortaya koymuştur ve farklı sosyal bilimsel dini çalışmalar yapan sosyolojik araştırmalarda benzer bulguları ortaya (Moberg, 2012: 9) konulmuştur.

1971 Beyaz Saray Yaşlanma hakkındaki konferansın manevi refah bölümünde yer alan maneviyat tanımında; insanların iç kaynakları özellikle nihai endişeleri, tüm diğer değerlerinin de çevresinde döndüğü merkezi bir yaşam felsefesi içeren temel değerler sistemi üzerine kuruludur denilmektedir. Maneviyat dini, din dışı veya din karşıtı olsun insanın doğa üstü ve madde dışı ilişkisinde onu yönlendiren olgu (Moberg 2012: 10) olarak tanımlanmaktadır.

Birçok kişi aynı anda din ve maneviyattan bahsedebilmektedir. İkisi arasındaki farkı ayırt etmek zor olsa da din genellikle resmi kurumlar içinde yer alırken maneviyat zorunlu olarak resmi bir kurum kapsamında olmak zorunda değildir (Schai, Krause ve Booth , 2004: 10).

Yaşlılıkta ölüm korkusu da ortaya çıkmaktadır. Ölüm ise genellikle din ile irtibatlandırılmıştır. Kimilerine göre dinlerin varlığı hatta ortaya çıkması ölüm endişesi ile ilgiliyken kimilerine göre ise, kişilerin ölüm korkularını azaltmada dinlerin önemli etkileri vardır. Dini literatürlerde ölüm ve ölümden sonraki hayatla ilgili olan birçok yazılı, sözlü uygulama ve düşünce vardır. İslamiyet dini ölümü, “Allah’tan gelen varlığın yine O’na dönmesi olarak” kabul ederken Hristiyanlıkta bazı düşünürler -Aziz Augustine başta olmak üzere- insana verilmiş bir ceza olarak görürler. Onlara göre Hz. Adem’in işlediği günah, insanoğluna ölümü getirmiştir (Aydın, 1999: 23).

Yaşlıların önemli bir bölümü, yaşları ilerledikçe ve hastalıkları ağırlaştıkça ölüm korkusu yaşamaya başlarlar. Farklı nedenlerden dolayı üretmenin zorlaştığı bu dönemde yaşlı pişmanlıklar yaşayabilmekte umutsuzluğa kapılıp, ölüm korkusuna sebebiyet verebileceği vurgulamaktadır (Kılıççı, 1988: 44) .

İnsanın manevi yönü hayat hastalık ve hatta ölüm dâhil her şeyde derin bir anlam bulmayı içerir ve bu anlayış hastanın genel sağlığı açısından zorunlu bir gereksinimdir (Frolik, 1999: 563). Manevi bakım hizmetleri, bu alanda tecrübe

edinmiş uzmanlar tarafından yürütülmelidir. Manevi bakım faaliyetlerini yürütebilecek manevi terapist, sosyal ilahiyatçı ve (ya) din görevlisi gibi uzmanlar istihdam etmeyen kurumlar, uygun uzmanları anlaşmalı olarak ya dışarıdan temin etmeli ya da bakıcı personeline bütüncül bakım konsepti kapsamında manevi bakım eğitimi verip kendi bakıcı personeli tarafından bu hizmetler yürütülmelidir (Seyyar, vd. 2009: 255).

Toplumda varlığı hissedilen manevi değerlerin sosyal hizmet ihtiyacı olan bireylerin faydasına kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu iki taraflı ihtiyacın varlığı Sosyal Hizmetler Müdürlüklerinde “Manevi Destek Birimi”nin oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır (Karataş, 2015: 7). Bu zorunluluk bakım merkezlerinde çok daha fazla hissedilmektedir.

Manevi sosyal hizmetler, hastaların yaşamlarında ve içinde yaşadıkları toplulukta ifadesini bulan çeşitli maneviyat biçimlerine karşı saygılı ve bu konularda yeterli kişiler tarafından verilen bir sosyal bakım biçimidir. Manevi sosyal hizmet, mesleki mirasa, din ve ideolojilerde yerini bulan kökenlere ve sosyal hizmet kurumlarına dayalıdır; aynı zamanda dinler arası çapraz çalışmalar, manevi-yönelimli psikoterapi, sosyal, çevresel aktivizm ile de bağlantılıdır. Çok çeşitli dini, felsefi, bilimsel ve insani hizmet perspektiflerine sahip olmayı gerektirir.

Manevi sosyal hizmetlerin, en yüksek amaçlar, en derin anlamlar ve hastaların en pratik gereksinimlerine göre ayarlanması gerekir. Saygılı, empatik, bilgili ve becerikli bir biçimde hastaların manevi perspektiflerine dayalı ilişkiler aracılığıyla insanların potansiyellerini tam olarak kullanmalarının sağlanmasını amaçlar (Canda ve Furman, 2010: 4-5).

Yaşlılıkta beliren problemleri birinci bölümde detaylı şekilde incelenmişti. Bu bağlamda, “Amerikan Holistik Hemşireler Birliği; iyi sağlığı: vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bundan dolayı, insan varlığının bütün boyutlarının bir bütünlük içinde korunması ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olmak üzere sosyal bakım elamanlarının, hasta bakıcıların veya hemşirelerin, bütün bu alanlarda bakımı sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir” (Seyyar, vd. 2009: 252).

Huzurevi terimi geniş anlamda yirmi dört saat orta düzeyde nitelikli hemşirelik bakımı sağlayan bir tesis olarak tanımlanmaktadır. Bakım grubu ile

yapılan görüşmelerde; hastalık ve engelliliğe rağmen Allah'a iman, dini inançlar, bakım hayatının kabulü, dua ve kutsal kitap okuma gibi özel dini ibadetler ile yaşlının manevi yolculuğunu kapsadığı (Obrien, 2004: 113) üzerinde durulmuştur.

Hemşireler ve sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri hastaların fizyolojik ve psiko-sosyal ihtiyaçlarını yetkin bir şekilde karşılamak üzere gerekli niteliklere sahiptir. Ancak, manevi ihtiyaçlar özellikle geriatrik hasta bakımında göz ardı edilmiş ya da sadece kısmen dikkate alınmıştır. Hizmet alanlara ve ailelerine genel ve bütüncül sağlık hizmeti sunmak için beden, zihin ve ruhtan oluşan üç temel alan üzerine odaklanmak gereklidir (Frolik, 1999: 563).

Evde yaşayan kronik hasta yaşlılar ve bakım evlerinde yaşayanlar durumları ile ilgili ciddi fiziksel ve psikolojik yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bağımlı yaşamın içerdiği fiziksel ve duygusal acılar; derin bir inanç, maneviyat ve manevi olgunluğa bağlı aşkın ve duygusal değerler ile aşılabılır (Obrien, 2004: 40). Psikologlar ve sosyologlar yaşlılar için manevi bakımın önemini teyit etmektedir. Dethmore, yaptığı çalışmada yaşlının daha sonraki yaşamında memnuniyet oluşturacak şekilde yaşlanması için öncelikle bütünlük ve umutsuzluk arasındaki çatışma ile ilgili kararın içselleştirmesi gerektiği sonucuna varmıştır (Frolik, 1999: 563).

Yaşlılara dönük manevi sosyal hizmetlerde ölüm danışmanlığı önemli bir yer tutmaktadır. Bireyin ölüm ötesine duyduğu inanç, çift kutuplu bir karakter taşır. Yani ölüm sonrası hayat inancı birey için teselli kaynağı olurken, aynı zamanda üzüntü ve kaygı sebebi de olabilmektedir (Koç, 2004: 205).

Maneviyat kişilerin problemlerle başa çıkmada güçlü olmasıdır. Manevi açıdan güçlü bireyler her çeşit zor koşulda metanetli, bağışlayıcı, sevgi dolu ve azimli bireylerdir. Manevi bakım, bakıma muhtaç kişilerin kişisel morallerini yükselterek hayata bağlılıklarının artırılması ile birlikte kendi iç alemlerinde huzurlu olmalarını destekleyen sosyal içerikli ve kişi odaklı bakım hizmetidir (Çerik, 2007: 144).

Yaşlılık sadece fiziksel, psikolojik ve sosyal bir süreç değildir, aynı zamanda birçok açıdan manevi yolculuktur (Parker, vd. 2014: 231). Dolayısıyla her türlü hastaya ve bakıma muhtaç kişiye (bakıma muhtaç yaşlı, bakıma muhtaç, çocuk vb.) sığınma evlerinde, cezaevlerinde, psikiyatri kliniklerinde, sağlık ocaklarında, huzurevlerinde, yaşlı bakımevlerinde, engelli rehabilitasyon merkezlerinde, hizmet

alan bireylere manevi sosyal hizmetler, özelde de manevi bakım hizmeti (Seyyar vd. 2009: 249) verilebilir.

Manevi sosyal hizmetler özellikle yaşlıların ölüm korkusunu yenmeleri ve yalnızlıktan ve alıştıkları hayattan, sevdiklerinden ayrılmanın getirdiği duygusal marazların üstesinden gelmeleri ile ilgilidir. Bu bağlamda yaşlı bakımıyla iştigal edenlerin psiko-sosyal hizmetler vermeleri de gereklidir. Hastaneler ve düşkünler evlerinde çalışan bakım görevlileri aile destek hizmetleri, taburcu planlaması ve ölüm danışmanlığı hizmetleri de verilmektedir. Psiko-geriatri, yaşlılar için psikiyatrik ve zihin sağlığı hizmetlerinin bir kombinasyonu olduğundan Psiko-geriatrik ortamlarda görev yapan bakım görevlileri, aynı zamanda psiko-sosyal değerlendirmeler de yapabilmeli ve depresif durumda olan ya da başka duygusal bozukluklarla mücadele eden yaşlılara destek (Segal vd., 2007: 123) sağlayabilmelidirler.

Manevi Hizmet sunumunda amaç; yaşlıların yaşamla bağlarını güçlendirilmesi, kendi iç dünyalarında huzurun sağlanması, korkuların giderilmesi, hastalıklardan kaynaklı acılara tahammül gösterilmesi, dini ve ruhsal kaynaklı problemlerde rehberlik edilmesi hususundaki konuları içermektedir (Çerik, 2007:145).

2.5.4. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon, bireyin kişisel, sosyal, mesleki vb yaşamsal alanlarda meydana gelebilecek sıkıntıları durdurmaya veya etkilerini minimuma indirmeyi hedefleyen önlem ve müdahaleler bütünüdür. Tıp açısından rehabilitasyon, “kişinin sağlığını, herhangi bir sebepten dolayı tehdit etmiş engellilik durumunu, fizyolojik, anatomik ve çevresel kısıtlamaların elverdiği ölçüde azaltmaya, mümkünse ortadan kaldırmaya yönelik tedavi uygulamalarını içeren ve engelli kişinin fiziksel kapasitesini maksimum dereceye çıkartarak, günlük yaşamda mümkün olabilen en üst fonksiyonel bağımsızlık seviyesine gelmesini sağlamayı amaçlayan hizmetler bütünüdür,” ayrıca buna hastalık, sakatlık veya yaşlılıktan kaynaklanan marazlar dahildir. Ek olarak, madde bağımlıları veya psikolojik-hastalıklara sahip olan kişilerde bu değerlendirme içinde yer alırlar (Seyyar, 2004: 39) Örneğin yalnızlıktan

dolayı zihinsel kapasitesi zayıflayan, hatta ölüm riskiyle karşı karşıya olan yaşlılara grup terapilerinin uygulanması önemli bir rehabilitasyon hizmetidir.⁵

Barker, rehabilitasyonu “kişinin sağlıklı koşullara ve kullanışlı kapasitesine mümkün mertebe geri döndürülmesi” olarak tanımlamaktadır. Sosyal çalışma alanında rehabilitasyon terimi genellikle yaralanma, hastalık, veya işlev bozukluğundan dolayı zayıf düşen bireylere yardım etme bağlamında ele alınmaktadır. Bu yardım süreci hastanelerde, sosyal kurumlarda, kliniklerde, okullarda, hapishanelerde ve diğer pek çok ortamda gerçekleştirilebilir. Rehabilitasyon hizmetlerine en genel anlamıyla fiziksel terapi, psikoterapi, egzersiz, eğitim ve yaşam tarzı değişiklikleri dahildir (Barker, 1999: 406).

Yaşlılığın bir hastalık olmadığı, ancak yaşlılık dönemine özgü yaşlı hastalıkları olabileceğini belirleyen görüşler vardır. Tıpkı çocuklarda görülen, çocuk hastalıkları gibi yaşlı hastalıklarının tıbbi tedavisi de ayrı bir uzmanlık alanı gerektirir (Tekil, 2005:160).

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan bu hastalıkların tedavi edilmesinde tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini ifade eden “geriatrik rehabilitasyon” uygulamaları tüm dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Güçlendirme, dayanıklılık kazandırma, işlevsel eğitim gibi hizmetler, işlevsel bağımsızlığın korunması veya geri kazanılması açısından büyük önem arz etmektedir (Yu ve Richmond, 2005:229). Sonuç olarak rehabilitasyon hizmetleri Tıbbi rehabilitasyon, sosyal rehabilitasyon, manevi rehabilitasyon, mesleki rehabilitasyon ve Toplum temelli rehabilitasyon başlıkları altında toplanmakta bu bağlamda da bireyi iyileştirmede fonksiyon icra etmektedir.

2.6. Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Sosyal hizmet nispeten yeni bir alandır. İlk sosyal refah kurumları 1800’lerin başlarında kentsel alanlarda yaşayan insanların ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla oluşturulmuştur. Sosyal hizmet, modern yaşamın getirdiği problemlere bir cevap

⁵ Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Kaisu H Pitkala, Pirkko Routasalo, Hannu Kautiainen ve Reijo S Tilvis, “Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering from Loneliness: A Randomized, Controlled Trial”, **The Journals of Gerontology**, July 2009, s. 792-800; ayrıca Yael Netz, Salit Axelrad ve Ester Argov, “Group physical activity for demented older adults – feasibility and effectiveness”, **Clinical Rehabilitation**, 21, 2007, s. 977-986.

olarak ortaya çıkmasına rağmen ilk etapta verilen hizmetler, genellikle dini grupların tekelindeki özel veya topluluk girişimleri şeklindeydi. 1900'lere kadar bu hizmetler özel ve dini gruplar tarafından verilmeye devam etmiştir. (Zastrow, 2008: 41)

Önceleri sosyal hizmet anlayışı geleneksel toplumda dini değerler ve toplumsal normlarla desteklenirken modern toplumda bu görev kurumlara devredilmiştir. Uluslararası literatürde “sosyal çalışma (social work)” olarak da ifade edilen sosyal hizmet, sosyal politikanın maddi olmayan hizmet alanını teşkil eder; özürlüler de dâhil olmak üzere korunmaya muhtaç kişilere sağlık, psiko-sosyal ve manevi danışmanlık, hukuk, finans, gayrimenkul yönetimi, istihdam, kişisel gelişim, mesken temini ve eğitim desteği gibi alanlarda yapılan yardımları içerir. Türkiye’de 2828 sayılı kanuna göre sosyal hizmetin hedefleri, (i) kişisel ve toplumsal sorunları ortadan kaldırmak,

(ii) kişilerin ve toplumların maddi ve manevi huzurunu temin etmek,

(iii) sosyal uyum sorunlarına çare aramak ve

(iv) sosyal barışı temin etmek ve sosyal gelişmeyi hızlandırmaktır (Seyyar, 2007: 270).

Bakıma muhtaç bir bireyin yararlanabileceği birkaç türde hizmet bulunmaktadır. Bu hizmetlerin başında kurumsal bakım hizmetleri gelmektedir. Kurumlarda; biyolojik ve fizyolojik sorunların çözülmeye çalışılmasının yanında, bakıma muhtaç yaşlı bireylerin toplum hayatına katılımı ve onların mutluluğu sağlanmaya çalışılmaktadır.

Yaşlıların evde bakımı tıbbi ve psiko-sosyal olmak üzere iki boyutta uygulanmaktadır. Hizmet sunumu esnasında bütüncül yaklaşım sergilenmelidir. Pratikte birçok eksiklik görülmesine rağmen, en fazla sosyal bakım kısmı eksik kalmaktadır. Bir başka üzerinde durulması gereken husus da hizmetlerin kalitesi ile birlikte bakım sağlayan personelin hizmeti karşılayacak yeterliliğidir (Genç ve Barış, 2015: 37).

Bakım, yaşamsal anlamda desteğe ihtiyaç hissedenler için verilmesi gereken sosyal hizmet uygulama biçimidir. Tıbbi bir yaklaşımla ise bakım, ilgili meslek gruplarının hekimin değerlendirmesi ve yönlendirmesi ile hassas biçimde uygulanması gereken hizmettir (Seyyar, 2004: 5). Yaşlılar için uzun süreli bakım; sağlık açısından çeşitli takipler ile kapsamlı sürekli bakım sağlanmasını da

içermektedir. Bu ayarlamalar yaşlının evini veya akrabalarının evini, emekli topluluklarına yardım eden bakım tesislerini ve deneyimli bakımı içermektedir (Obrien, 2004: 111).

Yaşlılık psiko-sosyal ve bio-fiziksel açıdan birçok sağlık probleminin ortaya çıkmasıyla sağlğın korunması, yükseltilmesi ve bireyin bakıma muhtaçlığını ortadan kaldıracak her düzeyde tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin etkili bakım politikaları ile gerçekleştirilmesini gerektiren bir yaşamsal süreçtir. Bu nedenle bakımın sürekliliği, yüksek kalitede tıbbi ve sosyal hizmetlerin bireyin sağlğ gereksinimlerine göre çeşitli düzeylerde ve bir sistem içinde verilmesiyle mümkündür. Bu sıkıntılı dönemde yapılan çalışmalar ile topluma adaptasyonun gerçekleşebileceği gibi bu yaşamsal süreç acılar içinde değil mutlu ve sağlıklı bir şekilde yaşanabilecektir. Yaşlının bakıma muhtaçlık durumu, içerisinde çok yönlü problemler barındırması nedeniyle, çeşitli türde ve farklılıkta sunulan tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin koordineli ve sürekli olması gerekmektedir (Oğlak, 2008:12).

2.7. Kurumsal Bakım Hizmet Çeşitleri

Sosyal hizmetler, toplumun kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul ve muhtaç duruma düşen ya da bedenlen veya ruhen bir eksikliğe uğrayan bireylerine, ülkenin genel şartları çerçevesinde insana yaraşır, çevreleri ile uyumlu bir hayat sürdürülebilmeleri için maddi ve manevi, ekonomik, sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik, devlet ve gönüllü özel kuruluşlar tarafından sağlanan hizmetlerdir (Uğurlu, 2002: 210).

Sosyal hizmetler, doğrudan doğruya ve birinci derecede insanın korunmasına ve geliştirilmesine yönelmiş etkinliklerdir. Bu tanımdaki “doğrudan doğruya ve birinci derecedeki” ifadesi, dolaysız olarak insanı konu alan hizmetleri sosyal hizmet saymaktadır. Sosyal hizmet alanları olarak genellikle: 1. Eğitim, 2. Sağlğ, 3.Konut, 4.Islah, 5.Rehabilitasyon, 6. Eğlence ve boş zamanları değerlendirme, 7. Sosyal güvenlik ve 8. Sosyal refah kabul edilir. (Kongar, 2007: 34)

Diğer bir tanıma göre sosyal hizmetler, insani münasebetler ve sosyal dayanışma ekseninde kamu (toplum) yararına özellikle toplum hayatına intibak sağlamakta zorlanan ve sorunlar yaşayan muhtaç insanlar için yürütölen psiko-sosyal

ve manevi danışmanlık, rehberlik ve destek hizmetlerinin bütünüdür. (Seyyar 2006: 286) Görüldüğü üzere tanımların ortak yanı toplum içerisinde huzur ve güvenin sağlanabilmesi için bireylerin sosyo-ekonomik ve sosyo-psikolojik açıdan desteklenerek eşit seviyeye getirilmesini sağlayan tüm çalışmaları kapsamaktadır.

Aslında sosyal hizmetlerin en tipik özelliği aileden, topluluk ve devlete kadar uzanan bir grubun mensupları olarak bütün bireylerle ilgilenmesidir. Ülkenin genel koşulları çerçevesinde bireylere, ailelere somut hizmetler götürerek onlara danışmanlık hizmeti vererek, birey, aile veya gruplarda danışmanlık ve psikolojik tedavi çalışmaları yoluyla onlarda iyileşme hali sağlamaya çalışmasıdır. (Barker, 1999: 455)

Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin temel amaçlarını ise şöyle belirtebiliriz; Kendi evlerinde olabildiğince uzun bir süre bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak; Yaşlılık, evsizlik, bakım gereksinimi gibi durumlara uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sağlamak; Fiziksel ya da mental hastalık nedeni ile gereksinim duyulan durumlarda uygun hastane koşulları sunmak olmalıdır. (Bahar, Bahar ve Savaş, 2009: 86) Hastane tedavisini takip eden süreçte gerekirse sosyal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verileceği ortam ve personel sağlanarak yaşlıyı evinde veya kurumda desteklemektir.

Aslında sosyal hizmetlerin en tipik özelliği aileden, topluluk ve devlete kadar uzanan bir grubun mensupları olarak bütün bireylerle ilgilenmesidir. Ülkenin genel koşulları çerçevesinde bireylere, ailelere somut hizmetler götürerek onlara danışmanlık hizmeti vererek, birey, aile veya gruplarda danışmanlık ve psikolojik tedavi çalışmaları yoluyla onlarda iyileşme hali sağlamaya çalışmasıdır (Barker, 1999: 455).

Günümüzde yaşlının bakımında aile dışından bakıcıların ve teknolojinin kullanımını kaçınılmaz hale gelmiştir. Yaşlılara akraba bireyler tarafından bakım sağlanması onların fiziksel ve psiko-sosyal açıdan iyi hissetmelerine neden olsa da araştırmalarla yakın çevredeki bakım verenlerin birtakım problemlerle karşı karşıya kaldıklarının göstermektedir, özellikle bakıcıların yaşlarının ilerlemiş olması, iş durumu, sosyal destek ağının yetersizliği bu riski arttırmaktadır (Karahan ve Güven, 2002: 157). Bu gibi sebeplerden dolayı da bakım merkezlerine ihtiyaç artmaktadır. Bakım hizmetlerini pratik uygulama açısından evde bakım, kurum bakımı, tıbbi

bakım, sosyal bakım, manevi bakım, kişisel bakım ve psiko-sosyal destek hizmetleri şeklinde sınıflandırmak mümkündür (Seyyar, 2008: 40).

2.7.1. Kısmi Kurumsal Bakım Hizmetleri

Tüm dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve buna paralel olarak bakıma muhtaç yaşlı sayısının da artış göstermesiyle yaşlıların yararlanabilecekleri birçok bakım hizmeti modeli oluşturulmuştur. Bunların içerisinde fizyolojik, psikolojik veya sosyolojik bakım gibi farklı türlerde pek çok durumun öncelendiği bakım sunan kurumlar ortaya çıkmıştır. Bu kurumların işlevi “sosyal bakım” tanımlaması altında değerlendirilmektedir (Seyyar, 2006: 201).

Bu kuruluşlar, hastanın rahatsızlığının ciddiyetine göre bir kurumda sürekli yatmak durumunda kalması yerine alternatif hizmet modelleridir. Bu da yaşlının olağan yaşamını sürdürebilmesinde yardımcı olmaktadır.

Herhangi bir şikâyet ile kısmi kurumsal bakım merkezine gelen bir yaşlının rahatsızlığı ciddi derecede değildir. Hasta kısa süreli bir tedavinin ardından veya yarım günlük bir istirahatten sonra evine dönebilecek duruma gelebilmektedir. Türkiye’de bu hizmetin uygulandığı kurumlara örnek olarak; SHÇEK’e (2012 itibariyle Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü) bağlı olan “yaşlı dayanışma merkezleri” gösterilebilir (Çohaz, 2010: 123).

Kısmi kurumsal bakım merkezleri, genel olarak yaşlının psikolojik yönden iyileştirilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olmaktadır. Yaşlının sürekli olarak bir bakım merkezinde yatılı kalmaması ve tedavisine veya bakımına bu şekilde devam edebilmesi açısından gündüz bakım evleri önemli katkı sağlamaktadır (Savaş, 2010: 133). Bu merkezler tıbbi bakım ile sosyal bakım arasında birleştirici köprü görevine sahiptirler.

2.7.2. Kısa Süreli Kurumsal Bakım Hizmetleri

Herhangi bir kurumda veya hastanede yatılı olarak kalmayan, evde bakım hizmeti alarak yaşamını sürdüren yaşlının rahatsızlanması ve bu rahatsızlığın evde bakım hizmeti ile giderilemediği durumlarda devreye giren hizmet türüdür (Samancı,

Erkmen ve Özmen, 1995: 4-8). Yaşlının gereksinimlerini karşılayabilmesi ve bakıma muhtaçlığının daha profesyonel bir şekilde giderilmesi açısından önemlidir.

Bakıma muhtaç olan ve evde bakım hizmeti ile yaşamını sürdüren yaşlının yaş ilerledikçe muhtaçlık derecesinde artmalarla birlikte ihtiyaçlarının tümünü evinde karşılamının mümkün olamayacağı sorunlar ve rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca evde bakım hizmetini sağlayan görevlinin görevine bir süre devam edemeyecek olması, hastanın ailesinin meşguliyet durumu veya yolculuk yapma durumu sonucunda yaşlıya bakacak kimsenin olmaması gibi sebepler yaşlının evde bakım hizmetinden yararlanamamasına sebep olmaktadır.

Yaşlının rahatsızlanması ve rahatsızlığın evde giderilmesinin sakıncalı bulunduğu durumlarda da yaşlı evde bakım hizmetine göre daha profesyonel bir bakım hizmetinin uygulandığı bir kuruma yerleştirilmesi de kısa süreli kurumsal bakım hizmetlerine örnek teşkil etmektedir.

Kısa süreli kurumsal bakım hizmeti: Bakıma muhtaç bireyin bir süreliğine kendi evinde veya uygun olan başka bir bakım kurumunda yılda azami 4 hafta olma koşulu ile hizmetten faydalandırılmasıdır. Bu bakım hizmeti modeli bakımı sağlayan kişilerin sosyo-kültürel vb. ihtiyaçlarını gidermelerine destek olan bir yöntemdir. Evde bakımın öncelenmesi ile kısa süreli (geçici) ve kısmi (yarı gün) kurumsal hizmetler ortaya çıkmıştır. Böylece yaşlı evinden ve sosyal çevresinden tamamen uzaklaştırılmadan, kısa süreli ve kısmi bakım uygulamalarından faydalandırılabilir. Yaşlının tıbbi olarak değerlendirilmesi sırasında olumsuz durumlarla karşılaşılabilmesi veya bakım sağlayanların gündüz veya gece çalışmak zorunda olması durumunda, bakıma muhtaç bireyin, kısmi (gece veya gündüz) bakım hizmeti veren kurumlardan hizmet sağlanması şeklinde uygulanmaktadır (Seyyar, 2007: 173).

2.7.3. Kurumsal Bakım Hizmetleri

Bakıma muhtaç bir şekilde yaşayan hastanın durumunun ciddiyetinin artması, rahatsızlığının önemli bir boyuta gelmesi ile evde bakım hizmetinin yeterli olamayacağı durumlarda uygulanan bakım hizmetidir (Seyyar ve Oğlak, 2006: 13).

Bakım hizmetinden yararlanan yaşlının bakıma muhtaçlığı dolayısıyla bağımlılık derecesi diğer hizmetlere göre daha fazladır. Yaşlının sağlık sorunu ciddi bir boyuta ulaşmış olduğundan daha özel bir bakım hizmetinden yararlanma ihtiyacı da ortaya çıkmıştır. Yaşlının rahatsızlığının ciddiyetinin yanında, evde bakım hizmeti sağlayan ailenin durumu da bu bakım hizmetine geçişte etkilidir. Ailenin psikolojik durumu, fiziksel yetersizlikleri gibi sebeplerden dolayı yaşlının evde bakım hizmeti almasının mümkün olmadığı durumlarda bu hizmet modeli devreye girer.

Kurumsal bakım hizmetinden yararlanmaya başlayan yaşlı durumunun düzelmesi süresince yerleştirildiği kurumda bakım hizmeti almaya devam eder. Evde bakım hizmeti alabilmesi için tekrar şartların oluşmasına kadar bakım hizmeti kurum tarafından giderilir. Kurumsal bakım hizmetleri Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na (2012 itibariyle Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü) bağlı kurumlar ve bazı özel merkezlerce verilmektedir

Sosyal bakım uygulamalı bir bilim alanıdır ve hasta, yaşlı, engellilere yönelik bakım hizmetlerinin tümünü içine almaktadır. Öncelikle bu bireylerin ihtiyacı ve bakımın tarafını tespit edilmekte ve arkasından uygulamaya alınan bakımın muhtaç bireye ve sosyal çevresine hangi ölçüde destekleyip desteklemediğinin takip edilerek keşfedilmesi ile gerçekleştirilmektedir. Bakıma ihtiyaç duyan bireyler komplike olan ve şahsi olarak da çok farklılıklar barındırmış olmanın bir sonucu olarak sosyal bakım bilimi, sosyal alanda çalışan çok fazla bilim ve uygulama alanına giren mesleklerle bir araya gelmek durumunda kalmaktadır (Seyyar, 2004: 74).

İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan bazı risklerle birlikte bakıma muhtaçlık önemli bir artış göstermektedir. Yaşlı bireyin yaşamında ortaya çıkan birçok sağlık sorunu çoğu zaman tedavisi güç veya zor bir hal alabilmektedir. Bu durumlar yaşlının hayatını olumsuz etkilemekte ve nihayetinde de bakım hizmetlerine farklı derecelerde ihtiyaç hisseder hale gelebilmektedirler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE BAKIMA MUHTAÇ YAŞLILIK ve KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ

3.1. Uluslararası Belgelerde Genel Çerçeve

Yaşlanma Üzerine Birinci Birleşmiş Milletler Meclisi 1982’de Viyana’da toplandı ve 1991’de BM Genel Kurulu "Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleri" ni kabul etti. Bu İlkeler; yaşlılara yönelik, bağımsızlık tam katılım, uygun bakım, kendini gerçekleştirme ve itibarlarının gözetilmesini göz önüne alan hükümler getirme yönünde teşvikleri içeriyordu. Yaşlanma Konusunda İkinci Birleşmiş Milletler Meclisi 2002’de Madrid’de düzenlendi. Bu Meclisin ardından " Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı (MIPAA)" kabul edildi; Eylem planının amacı, yaşlı insanlara karşı her türlü şiddet ve ayrımcılığı ortadan kaldırmaktır.

2002 Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı (MIPAA) üç öncelikli tema kalkınma; sağlık ve refah; ortamlarını etkinleştirmek, yaşa dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması ve yaşlı insan haklarını geliştirmektir içermektedir: (United Nation, Population Ageing and Development, United Nations Political Declaration Madrid International Plan of Action on Ageing 2002).

Bununla birlikte, Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği Ekonomik ve Sosyal İnsan Hakları Konseyi tarafından 2012 Temmuz ayında Uygulama Eylem Planındaki taraf devletlerin yükümlülükleri sistematik olarak değerlendirildiğinde, uygulamada çok da etkinlik sağlanamadığı görüldü (United Nations Population Fund, Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge, 2012: 31).

Dünya Sağlık Örgütü’nün “aktif yaşlanma” yaklaşımı ise kronik hastalıkların daha iyi yönetilmesini, erken teşhisi, işlevsel kapasite üzerindeki olumsuz etkilerinin minimuma indirilerek ‘yaşlı dostu birincil sağlık bakımını’ kapsamaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 192).

Yukarıdaki belgelerden de anlaşıldığı üzere yaşlılık küresel bir problem haline gelmekte ve bu duruma yönelik uluslararası kuruluşlar çalışmalar yaparak öneriler getirmektedirler.

3.2. Dünya’da Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri

Yaşlanma ile birlikte daimi yada bir süreliğine gündelik yaşamın rutin tekrarlarını gerçekleştirilmede farklı ölçütlerde problem yaşayan bireyin sonunda da kişisel ihtiyaçlarını karşılayamaması ve bakım yardımına ihtiyaç hisseder duruma gelmesi haline bakıma muhtaçlık olarak değerlendirilmektedir (Seyyar ve Genç, 2010:90). Bakıma muhtaçlık durumunun ortaya çıkmasının pek çok sebebi vardır. Çalışmanın bir ve ikinci bölümünde bu duruma neden olan etkenler etraflıca tartışılmıştır. Ancak önemli olan bu durumun tespit edilerek değerlendirilmesidir.

Bireyin bakıma muhtaçlığının belirlenmesinde ilk adım inceleme ve değerlendirme sürecidir. Yaşlı bireyin bakıma muhtaçlığının, fiziksel, psiko-sosyal açıdan incelenerek sebeplerinin tespit edilmesi önem taşımaktadır. Bu noktada tıbbi ve ekonomik değerlendirme öne çıkmaktadır. İkinci adım ise plan ve uygulamadır. Uygulama aşaması aslında bir müdahale sürecidir. Bu sürecin etkinliği, yaşlı bireyin bakım ve yardım gerektiren ihtiyaçların uygun kişi, kurum ve kuruluşlarca karşılanmasına bağlıdır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 59).

Yaşlı hizmetlerinin önemli bir boyutu, yaşlı refahının sağlanmasıdır. Fakat yaşamın bu dönemine tekabül eden yaşamsal süreç ekonomik anlamda emeklilik ve çalışamama durumunun da öncülük ettiği haliyle de refah anlamında da risk taşıyan bir zaman dilimidir. Refah hayatımızdaki subjektif (içsel) ve objektif (dış) faktörlerin etkisini de içine alır. Yaşlı refahı; ekonomik, fiziksel, sosyal, duygusal/psikolojik, çevresel, ve manevi refah başlıkları altında açıklanmaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 189). Bu durumun deataylı açıklayan tablo aşağıda verilmiştir.

Tablo 6: Yaşlının Kendini Gerçekleştirme Kıstasları

VAROLMA		
Fiziksel varolma	Psikolojik var olma	Manevi var olma
Yeterli ve dengeli beslenmeyi spor yapabilmeyi içeren sağlıklı yaşam biçimi	Doğru ve iyi şeyler düşünebilme	Yaşamda başarılı olduğunu düşünme
Faaliyetleri yürütebilecek yeterli enerjiye sahip olma	Yaşamın getirdikleri ile başa çıkabilme	Gönüllü faaliyetlere katılma
AİT OLMA		
Fiziksel ait olma	Sosyal ait olma	Toplumsal ait olma
Mahrem ve özel bir yaşam alanına sahip olma	Aile bireylerinden yardım alabilme	Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme ve yararlanabilme
Yaşlılar için özel donanımlı bir konutta yaşama	İhtiyaç duyulduğunda yardıma koşabilecek ilgili komşulara sahip olma	Alışveriş merkezlerinden yararlanabilme
GERÇEKLEŞTİRME		
Uygulamayı gerçekleştirme	Boş zamanı gerçekleştirme	Gelişmeyi gerçekleştirme
Eşin ya da başka bir yetişkinin bakımını sağlayabilme	Hobilere sahip olma(resim yapma, bahçe ile ilgilenme vb.)	Düşünmeyi ve hafıza becerilerini geliştirme
Ev ile ilgili işleri yapabilme (temizlik, yemek pişirme vb.)	Organize edilmiş eğlence faaliyetlerine katılma	

Kaynak: Hablemitoğlu, Ş., E. Özmete, Yaşlı Refahı: Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet, Kilit Yayınları, Ankara 2010: 189

Başka bir deyişle yaşlılıktaki kaliteli yaşamın göstergelerini yaşlı bireyin sosyo-psikolojik ve ekonomik açıdan yaşadığı yaşamsal tatmin olarak değerlendirebiliriz. Bu anlamda yaşlı bireyin kendini gerçekleştirebilmesi için aşağıdaki tabloda yer alan sosyo-psikolojik, fizyolojik durumuyla ilgili kıstaslar göz önüne alınmalıdır (Özmete, 2008: 58)

Bakım ihtiyacının ve teşhisinin doğru yapılması için gerekli uygulamalar, ihtiyacın belirlenmesinden sonra uygulanan bakım hizmetlerini de şekillendirmektedir. Ancak ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına bağlı olarak bu hizmet modelleri farklılık göstermektedir (Danış ve Genç 2011: 176).

Dünya’da en çok kabul görmüş bakım hizmetleri şunlardır:

- Bakımevleri
- Gündüz yurdu

- Huzurevleri
- Yardım evleri
- Korumalı meskenler
- Yaşlı köyleri
- Gündüzlü bakım ve destek hizmetleri
- Evde bakım ve diğerleri (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 7).

ABD, Hollanda ve İngiltere’de yaşlılar için oluşturulmuş yaşlılar köyü ismiyle nitelendirilebilecek köyler mevcuttur. Bu köylerin amacı bireylerin geçmiş yaşantısına temas eden kurumsal bakım uygulamaları sunabilmektir. Bu köylerde yaşlıların kendi kararlarını kendilerinin verme olasılıkları artmakta ve aynı zamanda ilgili alanların profesyonellerine kolayca ulaşma şansı tanımaktadır (Altan ve Şişman, 2003:21).

Daha çok sosyal güvenlik kuruluşları tarafından kurulup işletilen bu köylerde yaşlılar başka bireylerle daha çok ilişki içinde bulunmaktadır. Bu bağlamda, bakıma muhtaç yaşlılar için sosyal politika ve hizmetlerin ülkeler bazında değerlendirilmesi, bakıma muhtaç olan yaşlılara uygun kurumsal hizmetlere ilişkin oluşturulmasının yansırı model açısından bir çerçeve sunmaktadır.

3.2.1. ABD’de Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Sosyal Hizmetler

2014-2060 yılları arasında ABD nüfusu 319 milyondan 417 milyona, 2051’de 400 milyona ulaşması bekleniyor. 2030’da beş Amerikalıdan birinin 65 yaş ve üstü olması öngörülüyor. En yaşlı yaş grubundaki insan sayısının 2010 yılında 5,8 milyondan 2030 yılında 8,7 milyona çıkması bekleniyor. Bu grubun 2050 yılında 19 milyona ulaşması öngörülüyor. 2050’de 85 yaş ve üzerindeki nüfusun ABD nüfusunun yüzde 4,3’ünü oluşturması ve bu nüfusun 2030’da yüzde 2,3’ünden yüksek olacağı bekleniyor (U.S. Census Bureau, The Next Four Decades The Older Population in The United States: 2010 to 2050. 2010:1-14) Amerikan toplumunun en büyük sorunlarından biri, nüfusun hızlı yaşlanmasıdır. 2000 sayımına göre

ABD’de 65 yaş üstünde yaklaşık 37 milyon kişi vardır. Yirmi birinci yüzyılın ortalarında bu nüfusun 82 milyona yaklaşacağı tahmin edilmektedir (Gupta ve Pillai, 2002: 4).

New York kentinde 65 yaş üstü kişilerin sayısı 1995 yılında 2,3 milyonken; 2025 yılında bu sayının 3,3 milyon olması beklenmektedir. New York eyaletinde uygulamaya konan “Project 2015” projesi ile, tüm eyalet kurumlarının yaşlanmakta olan nüfusun ihtiyaçlarını daha iyi ele alacak planlar geliştirmesi hedeflenmiştir. 2001 verilerine göre yaşlı akrabalarına veya arkadaşlarına bakım hizmeti verenlerin sayısı 54 milyondan fazladır. Bu sayı 1990’ların başında 7 milyon civarındadır (Segal vd. 2007: 203) olduğu düşünülmektedir.

Yaşlı nüfustaki artışla beraber, yaşlı bakım hizmetinin yoğunlaşması ve yaşlılara hizmet veren programların artması, federal bütçeye ciddi bir yük getirmiştir. Bugün her bir yaşlı için kurumlarda bakım maliyeti yılda 40.000 ABD dolarına ulaşmıştır (Zastrow, 1995: 453). 2040 yılında ise yaşlılar için yapılan tıbbi harcamaların bugünkünün altı katı olması beklenmektedir (Myrtle ve Wilber, 1994:2 45).

ABD’nin karşı karşıya olduğu başka bir problem de yaşlanmakta olan nüfusun etnik ve kültürel çeşitliliğidir. Nüfus Sayımı Bürosu’nun tahminlerine göre, 1990 ile 2050 yılları arasında 65 yaş üstü Siyahlar, Kızılderililer, İspanyol kökenliler ve Asya kökenlilerin oranı sırasıyla yüzde 150, yüzde 200, yüzde 500 ve yüzde 625 artacaktır. Bu durumda azınlıkların yaşlılarına hizmet veren bakım görevlilerinin, bu kişilerin ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmeleri için onların kültürlerini öğrenmeleri gerekmektedir. Bu durum özellikle, hasta ile terapist arasındaki ilişkinin çok önemli olduğu zihin sağlığı ile ilgili bakım hizmetleri için geçerlidir (Abramson vd. 2002: 21).

Dolayısıyla, yaşlı nüfusu etnik ve ırksal açıdan daha çeşitli hale geldikçe, zihin sağlığı uzmanları tarafından kültür farklılıklarının daha fazla göz önünde bulundurulması, ele alınması ve anlaşılması gerekmektedir. Birden fazla nesil, ırk ve etnik grubun söz konusu olduğu 21. yüzyıl gerontolojisinde bakım görevlilerinin; yaşlanma, hastalık, aile sorumluluğu ve yükümlülüğü, yaşlılarla ilgili kurumlar, ölüm hakkında birbirinden farklı olabilen kültürel ve etnik tutumların farkında olmaları gerekmektedir (Segal vd. 2007: 187).

ABD'de yaşı nüfusun %5'i bakım evlerinde kalmaktadır. 85 ve yukarı yaşta olanların % 20 ve 75-84 yaş arası yaşlıların % 6' sı, 65-75 yaş arası yaşlılarda %1'i bakım evlerinde kalmaktadır. Yine yapılan çalışmalarda bakım evlerinde kalan yaşlıların %80'inin ruhsal hastalıklarının olduğunu göstermektedir (Roen, 1997: 348).

ABD'de yaşı bakım hizmetlerinin tarihini 1905'e kadar götürmek mümkündür; bu tarihte, sağlık bakımıyla ilgili çalışanlar istihdam edilmeye başlanmıştır. 1950'lerde kronik hastaların hastane masrafları ile hızla artan yaşı nüfusun tedavi, bakım ve sosyal maliyetleri, daha etkin ve düşük maliyetli olan topluluk tabanlı bakım hizmetleri için olan talebi artırmıştır. 1950 ile 1960 arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 1940'larda evde bakım programı başlatılmıştır. Bu programlar, kronik hastalığı olan kişilere ve günlük faaliyetlerini yerine getirmekte zorlanan yaşlılara evde bakım hizmetini içermektedir. Bu programlar hemşirelik hizmetleri, sosyal bakım, sosyal hizmetler, ev içi yardımları kapsamıştır (Danış, 2008: 96).

Bakım hizmetleri, yaşlıların yaşam kalitesinin, çeşitli sağlık ve sosyal hizmetler aracılığıyla sürdürülmesi ve artırılmasına aktif bir şekilde katkıda bulunmaktadır (Cheung vd. 2005: 291).

1960 yılında Ulusal Yaşlanma Konseyi oluşturulmuş, 1961 yılında ise ilk defa Beyaz Saray Yaşlanma Konferansı düzenlenmiştir. 1965 yılı toplum temelli bakımın büyümesi ve içeriksel olarak gelişmesinde sıçrama zamanları olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde Yaşı Amerikalılar Yasası çıkarılmıştır (Segal vd. 2007: 184) Aynı yıl Ulusal Sağlık Bakım Kanunu, evde bakımı; *Medicare* programları vasıtası ile bakım hizmeti hasta, yaşı ve engellilerin yasal anlamda hak olduğu kabul edilmiştir.

ABD'deki bir çalışmada huzurevlerinde yaşamını sürdüren yaşlıların %8'inin burada yaşamaya başladığı ilk bir hafta içinde, %29'unun bir ay içinde, %45'inin ise altı ayda yaşamını kaybettiği tespit edilmiştir. Bu durumun, yaşı bakım evlerindeki bakım şartları ile birlikte yaşlıların alışmış oldukları sosyal çevreden, hatıralarından, en önemlisi de duygulanım uyarıcılarından kopmalarından da kaynaklandığı tespit edilmiştir (Danış, 2008: 95).

ABD’de 65 yaş ve üstü vatandaşlar için en kapsamlı sağlık sigortası programı Medicare’dir. Bu program, yaşlılar için evrensel, federal olarak finanse edilen ve zorunlu bir sağlık sigortasıdır. Medicare temel sağlık hizmetlerini karşılar fakat 100 günden daha uzun süreli bakımevi maliyetlerini ve reçeteli ilaçların maliyetlerini karşılamaz (Segal vd., 2007: 188).

Buna ek olarak, Medicaid Waiwer adı verilen federal program, yaşlıların gereksiz yere bakımevleri ve huzurevlerine gönderilmesini önlemek amacıyla oluşturulmuş, tam kapsamlı bir ev ve toplum-temelli bakım hizmet paketidir. Bu hizmetler Medicare, III fonları, ve Sosyal Hizmetler Blok Hibeleri (SSBG) ile desteklenmektedir. Tamamlayıcı Güvenlik Geliri almaya hak kazanamayanların değişkenlik gösteren bir ölçekte bu programın maliyetlerini paylaşmaları gerekmektedir. Tüm finansman kaynakları kapsamında sunulan hizmetler, bir bakım planı içinde yansıtılmaktadır. Bu hizmetler şunları içermektedir:

- (a) Evde verilen sağlık hizmetleri; bunlar, nitelikli hemşire bakımı, fiziksel, konuşmayla ilgili ve mesleki terapi, ev sağlığı veya kişisel bakım yardımları ve tıbbi sosyal hizmetler;
- (b) Ev işleri hizmetleri; yemek hazırlama, ev temizliği, alışveriş ve diğer destek hizmetleri;
- (c) Acil yanıt hizmeti, yalıtılmış kişi ile bir tıbbi kontrol merkezi arasında iki yönlü iletişim sağlayan dâhili bir elektronik destek sistem;
- (d) Dinlenme bakımı; evde bir yardımcı tarafından sunulur, ya da ev dışında, onaylanmış bir tesiste, gece kalmak suretiyle ya da günde beş saat boyunca verilir;
- (e) Yetişkin gündüz rehabilitasyonu; bir yetişkinin gündüz merkezinde gündüz saatlerinde bakılmasını ve gözetim hizmetlerini içerir; bu kategoriye hemşire ve tıbbi sosyal hizmetler, planlanmış terapi faaliyetleri, fiziksel, konuşmayla ilgili ve mesleki terapi ve reçeteli diyetler için hazırlanmış yemekler de dahildir;
- (f) Yemek, kişisel bakım ve gözetim hizmetleri sunan kişisel bakım evleri gibi alternatif yaşam hizmetleri (Diwan vd., 1997: 171).

Yaşlıların ihtiyaçlarını öncelikli olarak ele almakla yükümlü olmayanlar dâhil, tüm resmi kurumlar yaşlanmayla ilgili demografik verileri öncelikli olarak ele almalıdır (Bronstein ve Admiraal, 2005: 48).

Kamusal finansmana dayalı evde bakım hizmetlerinden faydalanan yaşlılara aileleri ve arkadaşları tarafından verilen desteğin ilk 3 yıldaki değişimini incelemiştir. Çalışma, ilk 3 yılda gerçekten de aile ve arkadaşların desteğinin azaldığını, en fazla düşüşün ise Medicaid Waiver hizmetlerinin sunulduğu ilk yılda gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Daha sonra gayri resmi yardımların seviyesi sabitlenmiştir. Üçüncü yıldan sonra yaşlılara verilen gayri resmi bakım hizmetleri haftada 18-25 saat seviyesinde kalmıştır. Bu veriler gayri resmi bakım hizmeti sunanların, kamusal olarak finanse edilen hizmetler söz konusu olduğunda yaşlılara bakımı tamamen terk etmediklerini göstermektedir (Li, 2005: 472).

Bu sonuç, devletin sağladığı bakım hizmetlerinin, toplumca sağlanan gayri resmi bakım hizmetlerinin yerine geçmediği anlamına gelmektedir. Devletçe verilen bakım hizmetleri, gayri resmi hizmet mekanizmasına bir destek olacak ve belki de ailenin yaşlı üyelerinin huzurevlerine gönderilmesi ihtiyacının daha geç ortaya çıkmasını sağlayacaktır. Williams ise eğitim seviyesi daha yüksek olan yaşlıların resmi destek hizmetlerini kullanmaya eğilimli olduklarını, buna karşın sosyal ağ genişledikçe gayri resmi destek sistemlerinin daha fazla kullanıldığını tespit etmiştir. (Williams ve Dilworth- Anderson 2002: 224).

Bir başka sosyal hizmet türü ise uzun vadeli bakım kapsamında “bağımsız yaşama modeli” olarak adlandırılmaktadır. Bu modelde bireyler, sağlık çalışanı olarak eğitilmemiş veya sağlık profesyonellerinin gözetiminde olmayan bir veya birkaç kişisel yardımcı tarafından evlerinde bakılırlar. (Bronstein ve Admitaal, 2005: 48)

İlk gündüz bakım merkezleri (GBM) 1970’lerde kurulmuş ve 1979’da “Ulusal Erişkin Gündüz Servisleri Derneği” (National Adult Day Services Association, NADSA) hayata geçirilmiştir.. 1980’de “Robert Wood Johnson Vakfı” tarafından demanslılar ve ailelerine yönelik toplum temelli çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır.

Gündüzlü Bakım Merkezlerinin %21’i medikal model, %37’si sosyal model, % 42’si her iki modelinde uygulanması ile hizmetlerini sürdürmektedirler. Merkezleri ortalama 40 kişiye hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Her bakım elemanına altı bakıma ihtiyaç duyan birey düşmektedir. Bu bakım kurumlarında

tedavi etmeyi sağlamaya yönelik uygulamalar, sağlık takibi sosyal servisler, yemek sağlanması hemşirelik hizmetleri, ilaçların düzenlenmesi, rehabilitasyon tedavileri, medikal servisler, yatılı bakım, acil geçici bakım gibi çok çeşitli alanda hizmet verilmektedir. (Savaş, 2010: 134).

3.2.2. Japonya’da Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri

Birleşmiş Milletlerin hazırlamış olduğu “Dünya Nüfusunun Yaşlanması” adlı raporda belirtildiği üzere, 1950 yılında tüm dünyada 60 yaş ve üzerinde 200 milyon insan bulunurken aynı yıllarda 60 yaş ve üstü yaş nüfus grubundaki kişi sayısı 10 milyon sadece 3 ülke Çin (42 milyon), Hindistan (20 milyon) ve Amerika (20 milyon) vardı. 2010 yılında ise 10 milyon kişinin üzerinde, 60 yaş ve üzerinde nüfus barındıran ülke sayısı 11’dir. 6 ülkede de 20 milyondan fazla, 60 yaş ve üzerinde kişi yaşamaktadır. Bu ülkeler Çin (160 milyon), Hindistan (88 milyon), ABD (56 milyon), Japonya (38 milyon) Rusya (25 milyon) ve Almanya’dır (21,1 milyon) (UNDESA, World Population Ageing ,2009:10).

Japonya’da yaşlanan nüfus 2000 yılında % 17,4’ten 2014’te % 25 aralığına kadar artmıştır. Bu durumdan Japonya nüfusunun dörtte birini yaşlıların oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu rakam 2017’de% 27,0’a ulaşacak. 2034 yılında 34 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2018’den sonra yaşlı nüfus düşük doğurganlık oranının etkisiyle artmaya devam edecek ve 2033 yılında % 30 a ve 2050’de % 35.7’ye ulaşacağı öngörülmektedir. Yani 2,8 kişiden 1’i 65’inin yaşlı nüfus oluşturacak (Japanese Department of Population Dynamics Research, National Institute of Population and Social Security Research. Population Projections for Japan:2001-2050, 2002:5).

Japonya’da beklenen yaşam süresi 80’dir (Arpacı, 2005:27). 2055 yılında ise bu sürenin erkekler için 83.67 ve kadınlar için 90.34 olacağı öngörülmektedir. (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerinde Bilgi Edinme Projesi, Ülke Raporları, 2006:271).

Bu demografik ve ekonomik görünüme bakıldığında yaşlı nüfus artışının ve yaşlı bakımının Japonya için öneminin şu an için büyük olduğu ve ilerleyen yıllarda

da büyük olacağı görülmektedir. Japonya'nın geleneksel kültürüne göre, yaşlı bakımındaki sorumluluk aile bireylerine kalsa da dünyadaki değişime benzer olarak kadınların çalışma hayatına katılması, eğitim düzeyinin artması gibi sosyolojik ve demografik değişimler geleneksel yaşlı bakımını etkilemiştir (Campbell ve Ikegami, 2000: 30). Eskiden yaşlılara çocukları bakarken, toplumun yaşlanması ile birlikte yaşlıların çocukları da yaşlanmıştır. Bu durum da geleneksel yaşlı bakımını etkileyen bir değişimdir (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerinde Bilgi Edinme Projesi, Ülke Raporları, 2006: 274)

Japonya'da, 2000 yılı Nisan ayında yürürlüğe giren "Bakım Sigortası Yasası (Kaigo Hoken)" bakıma muhtaçların kurumda ve evlerinde uzun süreli bakımlarının sağlanmasını kapsayan bir sosyal sigorta uygulamasıdır (Oğlak, 2008: 115).

Evde bakım hizmetleri; hemşirelik ziyaretleri, kişisel bakım, evde rehabilitasyon hizmetleri ve ev idaresine yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Gündüz bakım merkezlerinde bakımın kapsamına ise, tıbbi hizmetler yönetimi, geriatri hastaneleri veya hastanelerin geriatri kliniğinde geçici bakım, demans hastalarına ev hizmetleri, bakıma yardımcı araç ve cihazların temini ve yardımlar girmektedir (Seyyar ve Oğlak, 2006:740). Yani özel durumlar için seçenekler mevcuttur. Bu imkânlar, ABD'de olduğu gibi kişilerin en uygun hizmeti alabilme ihtimalini arttırmaktadır.

Ev içi servisler kapsamında; evde yardım servisi söz konusudur ve bir bakım uzmanının bakım ihtiyacı halinde, kişiyi evinde ziyaret edip bakmasını kapsar. Gündüz bakımı (günlük bakım servisi) ise bireyin banyo, yemek gibi kişisel ihtiyaçlarının karşılanması için bir tesise gitmesini ifade etmektedir. Geçici bakım da (Kısa kalma servisi), bakıma ihtiyacı olan bireyin kısa süreli olarak günlük yaşam hizmeti alabilmek için özel bir bakımevinde kalması anlamına gelmektedir (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerinde Bilgi Edinme Projesi, Ülke Raporları, 2006: 272). Bakım hizmetlerindeki geçici bakım seçeneği de ihtiyaç duyan kişiler ve bakım verenler için oldukça avantajlı olabilecek bir uygulamadır.

Bakım hizmetleri programı yerel yönetimlerce yürütülmekte ve belediyeler hizmet sunumu ve kalitenin sağlanması için kar amacı olan ve olmayan sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapmaktadırlar. Japon bakım sigortası Alman bakım

sigortasına göre daha fazla yaşa odaklanmıştır. 65 yaş ve üzeri kimseler önceliklidir. Ayrıca sigorta kapsamına 40 yaş ve altındaki bakıma muhtaç kişiler dâhil değildir (Seyyar ve Oğlak, 2006:748).

Japonya'daki yaşlılara yönelik sosyal hizmetler finansal, hizmet çeşitliliği, yerel yönetimlerin ve çeşitli kurumların katılımı, bakıma muhtaçlığın standart ölçütlerle değerlendirilmesi bakımlarından oldukça olumlu ve faydalı bir sistem oluşturmaktadır.

3.2.3. AB Ülkelerinde Bakıma Muhtaç Yaşlılık ve Kurumsal Bakım Hizmetleri

Avrupa Birliği ülkelerinde sosyal refah hizmetleri daha çok "sosyal koruma" olarak adlandırılmaktadır. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar da tüm bu sosyal koruma alanı içinde ele alınmakta, toplumların demografik, toplumsal, kültürel değişimlerine paralel olarak birinci derecede önem taşımaktadır (Onat, 2002:273).

Avrupa Birliğinin Kuzeyindeki ülkelerde (İskandinav), sosyal hizmetler, daha çok devlet ve yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Sivil Toplum Örgütleri ise sistemi destekleyerek taraf olurlar. Sosyal Hizmet ihtiyaçları çok fazla kurumsallaşmıştır ve karşılıksız sunulmaktadır (Çelik, 2006: 61).

Anglo-Sakson Modeli: Sosyal hizmetler alanına profesyonel katkılarda bulunabilen ve Sivil Toplum Örgütleri sistemdeki boşlukları ve eksikleri giderme konusunda önemli işlevlere sahiptirler. Korporatif Model (Almanya, Avusturya, Benelüks Ülkeleri, İtalya Oluşumu) Sivil Toplum Örgütleri planlı ve sistemli bir şekilde sosyal hizmet uygulamalarına devamlı dahildirler. Bunun sonucu olarak, Sivil toplum örgütleri ve dini kuruluşlar sistemin birer parçasıdır (Seyyar 2004: 48).

Refah devletlerinin ilk örneği olarak görülen İsveç'te yaşlılara yönelik sosyal politikalar ABD'de olduğu gibi yaşlıların bağımsız yaşayıp yaşam niteliklerini düşürmemesini sağlamayı hedeflemektedir. Aynı şekilde bakım müdahalelerinin de koşullar elverdiği kadar kişilere evlerinde uygulanması istenmektedir (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 29).

İrlanda’da da yaşlılar için sunulan hizmetler; mümkün olduğunca yaşlıların evlerinde bağımsız olarak yaşamlarının sürdürmelerini sağlamak, bunun yapılamadığı durumda uygun bir bakımevinde bakımlarını sürdürebilmelerine yönelik planlanmıştır Evde bakım, yerel bakım merkezlerinde bakım hizmetleri, hastane hizmetleri gibi geniş seçenekler içermektedir (Başbakanlık Aile ve sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Yerinde Bilgi Edinme Projesi, Ülke Raporları, İrlanda, 2006: 93). Avrupa Birliği ülkelerinin politikalarına genel olarak bakıldığında görülmesi mümkün olan ne önemli ortak hedefin yaşlı bireyin işlevselliğinin ve sosyal düzeninin devamını hedefleyen sosyal politikalar amaçladığını görmek mümkündür.

3.2.3.1. Birleşik Krallık

Birleşik Krallığın 2014 teki nüfusu 64.6 milyondur ve yaşlanan nüfus açısından bakıldığında, 65 yaş ve üzeri nüfus, 2014 yılının ortalarında toplam nüfusun yaklaşık% 18'ini oluşturmaktadır. 1974'ün ortalarından beri bu oran % 47 büyümüştür. 75 yaş ve üzeri nüfus, dönem boyunca % 89 artmış ve şu anda nüfusun% 8'ini oluşturmaktadır. Birleşik Krallık'ta doğumda beklenen yaşam süresi, 1980-1982 yılları arasında erkekler için 70.8 yaş, kadınlarda 76.8 yıl ve 2011-2013 yıllarında 82.7 yıla kadar sürekli artmıştır. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşıyor ancak bu boşluk kapanmaktadır. 65 ve 65+ nüfus 2014 yılında % 18'dir ve 2024'de %20 ve %2044'te ise %25 olması beklenmektedir (United Kingdom National Statistic Official Center National population projections, 2014 Based Statistical Bulletin, 2015).

Refah düzeyi yüksek olan ülkelerden bir tanesi olan İngiltere’de emeklilik yaşı erkekler için 65 ve kadınlar için 60 iken 2010 itibariyle kademeli olarak yükselterilip 2020’de 65’e çıkartılması düşünülmektedir. İngiltere’de yaşlılara yönelik sosyal politikalar, emeklilik sistemi ve sosyal hizmetler olarak iki ayaklıdır (Taşcı, 2010: 191).

1962 yılında Townsend, Birleşik Krallık’taki yaşlılar yurtlarına yönelik ulusal düzeyde bir araştırma yapmıştır. Bu araştırma ile her yaşlıya gerekli hizmeti verecek kurumlar olarak düşünülen yaşlı yurtları ve benzeri servislerde sunulan

hizmetlerin eksik olduğu, yaşlı yurtlarındaki yaşlıların büyük çoğunluğunun güçsüzlük nedeni ile gerçekten çok aciz olmadıkları, ev işlerinde ve bazı benzer konularda sosyal destek ve yardım alamadıkları için toplum içinde ve kendi evlerinde yaşayamadıkları belirtilmiştir. 1970’te “social act” Sosyal Servis yasası çıkarılarak yerel yönetimlerin sosyal servis bölümleri kurulmuştur. Bu bölümler kendi araştırma gruplarını kurarak yörelerindeki yaşlıların gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlere cevap verebilecek çeşitli bakım ve destek servislerini İngiltere’nin her yerinde yaygın bir şekilde kurmuşlardır. Böylelikle farklı durumlarda bulunan ve değişik gereksinimleri olan yaşlılar için onların sorunlarına cevap verebilecek değişik alternatif servis türleri (Durgun, 2015:32) hizmete girmiştir.

Tablo 7: İngiltere’de Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

1601	1948	1960	1970	1980
Konut adaptasyonu ve Gereç yardımı				
Ev işleri yardımı				
Yemek yardımı ve dağıtımı				
Büyük Ebeveyn Aneksi				
Günlük Kulüpler Günlük Sosyal Merkezler Günlük Bakım ve Sosyal Merkezler				
Günlük Bakım ve Tedavi Hastaneleri				
Yaşlı Düşkünler Evi Özel Tasarlanmış Grup Konutlar				
Düşkünler Evi Yaşlı Yurtları				

Kaynak: Durgun, B., Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler, Yalın Yayıncılık. 2. Basım. 2015, s:33.

Sosyal Servis yasasından sonra yaşlıların sorunlarına daha detaylı çözüm olacak uygulamalara geçilmiştir. Birleşik Krallık ’ta 1989 tarihinde Beyaz Kitap (İnsanlarla ilgilenmek) adlı belgede ortaya konan; geniş topluluk-bakım reformları kapsamında, yerel yönetimlere bağlı sosyal hizmetler departmanlarının bakım yönetimi hizmetlerini geliştirmesi, merkezi bir hükümet politikası haline getirilmiştir. (Challis vd. 2001: 409) Daha sonra bu değişiklik 1990 tarihinde çıkarılan ve 1993 tarihinde yürürlüğe konan Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Topluluk Bakımı Yasası’nın tamamlayıcı topluluk bakımı ile ilgili hükümlerinde resmi hale gelmiştir.

Bakım yönetimi, insanların evde yaşamaya devam etmelerini sağlamaya dönük olarak ihtiyaçların değerlendirilmesi ve ilgili hizmetlerin düzenlenmesi ve koordine edilmesi sürecini ifade eder. Bakım yönetimi, çok disiplinli bir değerlendirmeyi, ve çok sayıda sağlık ve sosyal bakım girdilerinin bir bakım planı dahilinde esnek şekilde koordine edilmesini, ayrıca hizmet sunumunda sık sık ayarlamalar yapılmasını gerektirmektedir, çünkü hastalık ve engellilikten dolayı ihtiyaçlarda değişiklikler olmaktadır (Challis vd. 2001: 409).

Bu politika, temelde nüfusun giderek yaşlanmasının bütçe üzerine getirdiği baskılar ve yaşlıların huzurevleri ve bakımevlerine yerleştirilmesini teşvikten uzaklaşarak yaşlıların kendi evlerinde bakılmalarının sağlanmasını teşvik eder (Weiner vd. 2002: 421) hale gelmesini sağlamıştır. Bu yasa, yaşlılara hizmeti evlerinde ve ihtiyaçlarına göre verebilmeyi amaçlamaktadır. Yasa, hemşirelik ve gündüz bakım hizmetleri, yaşlı ve demanslı olan bireyin bulunduğu yerde ücretsiz olarak verilmesini içerir. Araştırmalarda, İngiltere’de bakım yönetiminin başarılı olmasında iki önemli faktör tespit edilmiştir; bunlar uzmanlaşma ve hedefli hareket edilmesidir (Challis vd. 2007: 26).

Bakım Yönetiminde Uzmanlaşma; bakıma muhtaç tüm yaşlılar için genel bir bakım süreci takip etmekten ziyade onların spesifik gruplara ayrılarak bakılması anlamına gelir. Bu uygulamada özellikle bilişsel rahatsızlığı olan yaşlıların diğer yaşlılardan ayrılması önemlidir. 1993’ten önce Birleşik Krallık’ta hem ekip düzeyinde hem de çalışanların vaka yükü bağlamında genel çalışmadan uzmanlaşmaya doğru bir eğilim de söz konusu (Means vd. 1994) olmuştur.

Toplumdaki yaşlılar arasında bilişsel rahatsızlıkların yaygın olması, hem demansın erken teşhisi, hem de uygun bakımın yapılması gerektiğinden uzmanlık hizmetlerine erişim yaşamsal öneme sahiptir. Ayrıca genel hizmet sunumu biçimlerinin ciddi bilişsel rahatsızlığı olanlar için yeterli olmayacağı da bir gerçektir (Rait vd., 2005: 34). Yaşlılar için uzman ekiplerin oluşturulması, yoğun bakım yönteminin geliştirilmesi hem sağlık bakımı, hem de sosyal bakımla ilgili çalışanları kapsaması yerinde olmaktadır.

Oysa Challis vd.’nin çalışmasında, sosyal hizmet departmanlarının çok azının, fazla ihtiyacı bulunan ya da üst seviyede riske maruz olan insanlara özel

olarak odaklanmış, uzmanlaşmış bakım yönetimine sahip olduklarını ifade etmiştir (Challis vd. 2007: 411).

İngiltere’de topluluk-bakımı reformlarının başlamasından sonra, basit ve kompleks değerlendirmelerin birbirinden farklılaşmasının önemi vurgulanmıştır. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) çalışanları arasında teşvik edilen “Tek Değerlendirme Süreci”, değerlendirmeleri: temel kişisel bilgileri içeren ilk temas; genel bakış; uzman tarafından kapsamlı değerlendirme şeklindedir.

Bakım yönetiminde hedefleme, araştırma ve geliştirme çalışmaları aynı zamanda farklılaşmış şekilde ihtiyaçlara yanıt vermenin önemini de göstermiştir. Bakım yönetiminde hedefleme, kompleks ihtiyaçları olan kırılğan yaşlıların gereken düzeyde ve biçimde bakım almalarının sağlandığı bir süreçtir ve daha az kompleks ihtiyaçları olan yaşlılara hizmet sunma süreciyle farklılıklar göstermektedir. Bu anlamda hedefleme bir ilk değerlendirmeye başlamaktadır (Challis vd. 2001:28).

İngiltere’de bakım hizmeti sunumundan yararlanmak isteyen bireyin dört farklı eşikten hangisine ait olduğunun belirlenmesi yardıma muhtaçlığın belirlenmesinde ilk adımı oluşturur. Bu dört farklı eşik şunlardır:

- Kritik eşik
- Büyük ölçüde ihtiyaç eşiği
- Hafif eşik
- Düşük eşik (Taşçı, 2010:192)

İngiltere’de yaşlılara yönelik sunulan sosyal refah hizmetleri üç ana başlıkta incelenebilir (Biçer, 2002:18):

- Hastane hizmetleri
- Aile sağlık hizmetleri
- Toplum sağlığı hizmetleri

İngiltere’nin değişik bölgelerinde yaşlı nüfus, sayıları ve diğer özellikleri yönünden farklılıklar göstermektedir. Güney ve kıyı bölgelerinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %30-35’lere varmakta iken, diğer yörelerde bu oran %13-15’e düşmektedir. Yaşlıların fiziki, sosyal ve ekonomik özelliklerine göre ihtiyaç duydukları servislerde değişmektedir. Yerel yönetimler tarafından yaşlılara sunulan hizmetler Sosyal Servis bölümleri, Sağlık Bakanlığı tarafından: Bölge sağlık kurumu ve gönüllü kuruluş ve organizasyonlardır (Durgun, 2015: 38).

Öte yandan 1990 tarihli Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Topluluk Bakım Yasası, yaşlanmakta olan bir nüfusun bütçeye getirdiği baskılar ve finansman anormalliklerine yanıt olarak oluşturulmuştur. Bu yasa ile sosyal hizmet departmanlarına yeni finansman sağlanmış ve sorumluluklar verilmiştir. Bu departmanların ihtiyaç değerlendirmesi yapmaları, bu ihtiyaçları karşılayacak hizmetleri tasarlayıp paket haline getirmeleri gerekmiştir. Ayrıca Bakım yöneticileri, bu hizmetleri alanları izlemek, gözden geçirmekle yükümlü olmuşlardır (Weiner vd.,2002: 420).

1997 yılında iktidara gelen İşçi Partisinin önceliklerinden biri ise, kamu hizmetlerinin modernleştirilmesi olmuştur. Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri de bu modernleştirme programının önemli bir parçasını teşkil etmiştir.

Bu bağlamda örneğin The New NHS: Modern Dependable White Paper (Yeni Sağlık Hizmetleri: Modern-Güvenilir Beyaz Kitap) başlıklı çalışmayla, “1970’lerin eski merkezi komuta ve kontrol sistemlerinden, 1990’ların bölünmüş iç piyasa sisteminden de uzaklaşılarak; bunların yerine Ulusal Sağlık Hizmeti’ni yürütmek için bir üçüncü yol tercih edilmiştir. Bu sistem, ortaklığa dayalıdır ve performansı temel almaktadır. 1989’da yayınlanan” sosyal hizmetlerin modernleştirilmesi” başlıklı Beyaz Kitapta vurgu, hizmet kullanıcılarının güçlendirilmesi üzerinedir: “bireyler ve onların bakımcıları ve ailelerinin deneyimledikleri hizmet kalitesi ile elde ettikleri çıktılara odaklanılır.” Bu dönemde genel olarak vurgu, sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetleri birbirinden ayıran çizgilerin ortadan kaldırılması ve bu ikisinin entegre edilmesi üzerinedir. Bu süreçte modernizasyon, bir dizi inisiyatifi zorunlu kılmıştır:

1999 tarihli Sağlık Yasasının getirdiği esneklikler, NHS Bakım Tröstleri, uzun vadeli koşulların yönetimi için bir sağlık ve sosyal bakım modeli ve en son olarak da topluluk hizmetleri için birleşik sağlık ve sosyal bakım Beyaz Kitabı olan, Sağlığımız, Bakımımız, Sözümüz adlı rapor gibi uygulamalarla ortaya konulmuştur (Jacobs vd., 2009: 498). Dört alanda gelişmeler açık şekilde görülmüştür: Hastaneden taburcu sistemleri, rehabilitasyon, evde ve ev benzeri ortamlarda bakım hizmeti sunumu, doğrudan ödemeler.

İngiltere’de karma bir bakım sisteminden söz edilebiliriz. Yaşlı hizmetlerinden sorumlu olan daha çok yerel yönetimlerdir. Belediyeler açtıkları yaşlı yurtlarında bakıma muhtaç yaşlılara yani “bakım ihtiyacı ve dikkat sorunu nedeniyle

ayakta duramayanlara hizmet vermektedir. Hasta olanlarla da sağlık kurumları ilgilenmektedir. Bu hizmetleri sağlık kurumundan da alsalar ailelerin de içinde yer alması istenmektedir (Taşçı, 2010: 193).

Dünyadaki örneklerde de genel olarak göze çarpanın kısa ve uzun vadeli ihtiyaçları karşılayabilecek bir zemin hazırlaması, ihtiyaçlara uygun kurum ve hizmet çeşitliliği, tedavi ve bakım kurumlarının ayrışması, interdisipliner yaklaşım, bakıma muhtaçlık derecelerinin ülke genelinde standart şekilde değerlendirilmesi gibi kritik noktalar olduğu söylenebilir.

Büyük Britanya Millî Sağlık Hizmeti (National Health Service: NHS), sağlık hizmetleri ile birlikte manevî ve kültürel açıdan da içeriğe sahip olan papazlık (chaplaincy) hizmetlerini de sunmaktadır. Büyük Britanya’da manevî bakım, sağlık hizmetleri, ve bakım hizmetlerinin içinde din papazlık sistemi ile önemli rol oynamaktadır (Seyyar, 2014: 4).

İskoç Sistemi

İskoçya’da 2002 yılında yürürlüğe giren yaşlı bakım masraflarının kaldırılması, özgün bir uygulama teşkil etmektedir. Bu bağlamda yerel yönetimlerin bu hizmetlerden ücret alması yasaklanmıştır. Bu anlamda İskoçya, ücretli hizmetin hala geçerli olduğu Birleşik Krallık’ın geri kalan kısmından farklıdır. Dolayısıyla Birleşik Krallık bölgelerinden sadece İskoçya, 1999 tarihli Yaşlılar için Uzun Vadeli Bakım Kraliyet Komisyonu’nun, ihtiyacı olan herkese kişisel bakımın ücretsiz olması gerektiği şeklindeki tavsiyesini uygulamıştır (Bowes ve Bell, 2007:435).

Aslında tüm Birleşik Krallık’ta yaşlanmakta olan bir nüfusun bakım ihtiyaçlarının sağlanması konusunda hükümetlerin karşılaştığı zorluklar birbirine benzemektedir. İskoçya’da, yaşlıların oranı, Birleşik Krallık’ın geri kalan bölgelerine yaklaşık olarak benzemektedir ve bu oranların artış tahminleri de benzerlik arz etmektedir. Yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam beklentisi İskoçya’da biraz daha düşüktür. İskoçya’daki ortak çalışma ajansları (“entegre bakım” olarak da bilinir) özellikle sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini içermektedir, böylece sağlık ile sosyal bakım arasında mevcut olan yapay sınırların kaldırılacağı savunulmuştur (Bowes ve Bell, 2007:437).

Sonuç olarak Birleşik Krallık'ta 1989 tarihli Beyaz Kitap ile merkezi hükümet, yerel yönetimlerin sosyal bakım yönetimi hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda sorumluluk üstlenmiştir. Özünde oldukça adem-i merkezi bir sisteme sahip olan Birleşik Krallık'ta bakım hizmetlerinin merkezi hükümetin sorumluluk alanına dahil edilmesi, bu konuya verilen önemin göstergesidir. 1990 tarihinde çıkarılan ve 1993 tarihinde yürürlüğe konan Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Topluluk Bakımı Yasası, bakım hizmetleri için bir çerçeve oluşturmuştur.

1999 yılında Uzmanlaşma ve hedefleme politikaları, yaşlı hizmetlerinin daha verimli ve etkin şekilde sunulmasını amaçlamıştır. Ayrıca 1999 yılında Kraliyet Komisyonu Raporu'nda yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin bakım harcamalarının giderek yükseldiğine dikkat çekilmiştir. Standart değerlendirme kriterlerinin yetersiz olması nedeniyle, gerekmediği halde kurum bakım hizmeti alındığı ve bu durumun maliyetleri arttırdığına dair kaygılar ve bakım hizmetlerinde modernizasyona gidilmesini gerekli kılmıştır. Hükümet, 2001'de yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası ile (Health and Social Care Act) hemşirelik bakımının, Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kapsamında ücretsiz olarak yaşlıya hastanede veya kendi evinde sağlanmasını, 1990 tarihinde çıkarılan ve 1993 tarihinde yürürlüğe konan Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Topluluk Bakımı Yasası'nın kurum bakımı gerektiğinde de malvarlığı belirlenmiş tabanın üstünde olanlara ücretli, altında olanlara ise ücretsiz olarak sunulacağını kabul etmiştir (Jarden ve Jens, 2003: 67).

3.2.3.2. Almanya

24 Nisan 2015'te yayınlanan Alman Federal Resmi İstatistik Ofisi, nüfus projeksiyonlarına göre, önümüzdeki on yılda ufak bir büyüme beklense de, kademeli bir düşüşle 2013 yılında 80.62 olan nüfus 2060 yılında toplam nüfusu 67,6 ila 73,1 milyona düşecek. Alman nüfusu sadece küçülmeyecek, aynı zamanda yavaş yavaş yaşlanacaktır. 65 yaş ve üstündeki nüfusun payı % 21'den 2060'da yüzde 30'dan fazla olacak. Ayrıca, nüfus yaşlanması, çalışma yaşındaki nüfusta büyük bir daralmaya meydana gelecektir. 20 - 64 yaş arasındaki çalışma çağındaki nüfus % 61'den % 50'den biraz daha az hale gelecektir (The German Institute for Economic Research, Population Ageing and its Effects on the German Economy 2015: 1).

Günden güne yaşlanan Almanya’da bakıma muhtaçlık riskinin ayrı sigorta içeriği ile düşünülerek değerlendirilmesi ilk defa 1995 yılında Almanya’da gerçekleştirilmiştir. Bakıma muhtaçlık sigorta kapsamına giren bireylerin aile bireylerini de (18 yaşını doldurmamış çocuklar ve çalışmayan eş) kapsamaktadır (Seyyar ve Oğlak, 2006: 737).

Buradaki emeklilik sistemi, Mayıs 2001 tarihinde yasalaşan ve 1 Ocak 2002’de yürürlüğe giren “Tamamlayıcı Emeklilik Kanunu ve Emeklilik Kanunu” ile bir reform yaşamıştır. Bu reform sonrasında emeklilik sistemi belirli bir katkıyı esas alan sistemlerden oluşmaktadır. Bu sistemin sosyal sigorta temelli bir sistem olduğu söylenebilir. Bir tarafında sosyal yardımların, bir tarafında ise çalışmaya ve özel sisteme dayalı emeklilik sistemi olduğu görülmektedir. Bu sistemin sonucunda da emeklilik sisteminde olmayan biri, gelir testine girmek suretiyle muhtaçlığını teyit ettirip sosyal yardım alabilmektedir (Taşcı, 2010:184).

Bakım hizmetlerinin amacı, bakım evlerinde ve evlerde profesyonel bakım uzmanları tarafından bakım hizmetlerini kolaylaştıran teknolojik araç ve gereçlerin yardımıyla kurumsal hale getirerek kalitesini arttırmak ve bakım hizmetini ev içerisinde sunmaya çalışan aile bireylerindeki yükünü azaltmaktır (Seyyar ve Oğlak, 2006: 742).

Hekimlerden ve uzman bakıcılardan oluşan bakım heyeti aracılığıyla bireyin bakım ihtiyacı ortaya konmaktadır. Bakıma muhtaçlık durumunu çok yönlü ele almak, bireyin bakıma muhtaçlık derecesinin bir bütünlük içinde tespit edebilmek için diğer uzmanlık dallarından da heyete katılım olmaktadır. Bireyin muhtaçlık durumuna göre heyet, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanını, meslek hastalıkları uzmanını ve/veya sosyal hizmetler uzmanını içermektedir. Almanya, AEDL Modeli’nde geçen değerlendirme boyutlarını referans alan bir bakıma muhtaçlık sistemi geliştirmiştir. Sistem bakıma muhtaç yaşlı bireyi; Ciddi, Zor en zor olarak sınıflamaktadır. Bireyin bakıma muhtaçlık derecesi arttıkça sosyal bakım hakları da o oranda artmaktadır (Seyyar, 2004: 80-81).

Almanya’da yaşlı hizmetleri Kızılhaç ve kilisenin gözetiminde yürütülmektedir. Bu hizmetler yerel yönetimler ve ulusal yönetimce desteklenmektedir. Ayrıca birtakım Sosyal hizmet amaçlı kurulan refah dernekleri de yaşlılara yönelik hizmetlere katkı verirler. Almanya’da yaşlı hizmetlerini üç

temelde değerlendirmek mümkündür. *Kurumsal Hizmetler*: Yaşlı konutları, korumalı yaşlı evleri, yaşlı huzurevleri, yaşlı bakımevleri yaşlı gündüz merkezleri, yaşlı kulüpleri, yaşlı gündüz bakımevleri. *Mobil Yardım Hizmetleri*: Evde bakım ve ev işlerine yardım hizmetleri, bölge hasta (yaşlı) bakım hizmetleri, sosyal istasyonlar, yemek servisi hizmetleri. *Geriatik Hizmetler*: Geriatik hastaneleri, psiko-geriatik hastaneleri, gündüzlü geriatik klinikleri, gündüzlü psiko-geriatri klinikleri (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 12).

Almanya'nın bakım ihtiyacını sınıflandırması, bakım hizmetleri çeşitliliği, interdisipliner çalışılması, bakıma yönelik sigortaların mevcudiyeti ve pek çok kurum ve kuruluşun bakım alanında çalışması gibi özellikleri bakıma muhtaç yaşlılık ve sosyal hizmetler bağlamında kapsamlı ve faydalı bir yapı ortaya koymaktadır.

Son olarak, Almanya Sosyal Bakım Sigortası Kanunu'nun 2. maddesinin 3. fıkrasına göre, hangi dine mensup olursa olsun bütün bakıma muhtaç kişilere, kendi din, mezhep veya inancından olan profesyonel rehber ve(ya) danışmanlardan (imamlardan, din görevlilerden) manevî (bakım) hizmetlerinden yararlanma hakkı verilmektedir (Seyyar, 2014: 4)

3.2.3.3. İsveç (Kuzeydeki oluşum İskandinav modele örnek)

Yaşlılarla ilgili refah politikaları tüm Avrupa'da birbirinden farklı görünümündedir. Emeklilik ve sağlık bakımı ile ilgili kamu harcamaları, resmi hizmetlerin sunumu ve aile bakımının mali ve gereşsel destekleri konusunda çok büyük farklılıklar ortaya çıkarmıştır. (Habib, Sundstrom ve Windmiller, 1993: 48). Örneğin, emeklilikle ilgili kamu harcamaları İrlanda'da Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın (GSYİH) %4'ü iken, İtalya'da bu oran %15 seviyesindedir.

Ayrıca, GSYİH'nin önemli bir bölümü kamusal sağlık bakımına ayrılmaktadır; bu oran Yunanistan'da yüzde 5'ten Almanya'da yüzde 8'e kadar değişmektedir. Gerek evde gerekse kurumlarda verilen uzun vadeli bakım hizmetleri arasında da büyük farklılıklar vardır; örneğin İsveç ve Danimarka gibi kuzey ülkeleri, güneydeki Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında düşük durumdaki

yaşlılara dönük daha kapsamlı hizmetler sunmaktadır, kurumlarda yaşayanların oranı daha yüksektir (Groneau vd. 2006:749-750).

Tarihsel açıdan bakıldığında, İsveç'te yoksullara yardımlar ve sosyal hizmetlerin kolektif sunumu, 1577 tarihli bir kanunda görüldüğü üzere, Ortaçağlardan bu yana bir toplum sorumluluğudur. Daha sonra bu sorumluluk belediyelere devredilmiştir, ancak 20. yüzyıla kadar, hizmetlerin yeterliliği belediyelerin ekonomik gücü gibi dışsal faktörlere bağlı kalmıştır.

Yaşlı bakım evlerinde yaşanan skandallar ve kamu baskısı sonrasında, evde yardım (Home Help) devreye girmiştir. Ancak yine de kurumsal bakım hizmetleri de bir taraftan hızla yayılmaya devam etmiştir. Diğer yandan evde yardım hizmetleri genişlemiştir. Böylece bir yandan kurumsal bakım bir yandan da evde yardım hizmetleri ile yaşlılara dönük sosyal bakım-sosyal hizmetler uygulanmaya başlanmıştır (Taşcı, 2010: 187).

1980'lerde İsveç'te refah devleti uygulamaları zirvedeyken, yaşlı bakımına dair kamusal taahhütler zirvedeydi ve yaşlıların gayri resmi ağ örüntülerinin önemi göz önüne alınmıyordu. 1990'lar boyunca ise gayri resmi yaşlı bakımının yaygın olduğu gözlenmiştir. Son araştırmalar resmi yaşlı bakım hizmetlerindeki düşüşün, yaşlıların ailelerine daha fazla yük yüklediğini ortaya koymaktadır (Lennarth ve Linda, 2003:270).

Son birkaç on yıldır ise resmi yardım alan yaşlıların oranı ciddi şekilde düşmüş, yaşlıların ortalama sağlık durumunda ise iyileşme görülmüştür. Yine de, yaşlı İsveçlilere sunulan resmi yardımlarda görülen azalma, onların bu yardımlara daha az ihtiyaç duymaları ile açıklanamaz (Duner ve Nordström 2007:68).

Bu sonuçlar, “ters yedekleme” olarak yorumlanmaktadır. Çocuğu olmayan yaşlı İsveçliler, çocuğu olanlara kıyasla daha az gayri resmi destek görmektedirler, fakat bu eksiklik, daha fazla resmi yardım almak suretiyle telafi edilmektedir (Larsson ve Thourslund 2002:213)

İsveç uzun yıllar evrensel ve eşitlikçi erişim sağlamak için mücadele eden, gelişmiş ve kapsamlı bir ev (veya kurum) ve topluluk tabanlı hizmetler sistemine sahip olmasıyla ön plana çıkmıştır. Bazı yeni araştırmalar, hizmetlerin hala ihtiyaçlar konusunda görülen yerel farklılıklara yanıt verebildiklerini, ancak değişik yaşlı nüfus gruplarının farklı etkilenip etkilenmediklerinin açık olmadığını ortaya koymaktadır.

Daha önceki kuşaklarla karşılaştırıldığında, kadınların işgücüne katılımının son yıllarda giderek artması, daha yüksek boşanma, yeniden evlenme, çocuksuz yaşlı oranları ve hiç evlenmemiş olanların oranının yükselmesi, ailelerin yaşlılara hizmet sunma biçimlerini ciddi şekilde değiştirmiştir (Davey vd. 2007:512).

Bundan hareketle, aile yapısında meydana gelen değişikliklerin, yaşlılara aile ve topluluk tarafından sunulan gayri resmi hizmetlerde düşüşe neden olduğu, bu durumun da merkezi hükümet ve belediyeler üzerindeki yaşlı bakımı yükünü artırdığı söylenebilir.

İsveç'te resmi destek düzeyi yüksek olmasına rağmen, aile, her zaman kurumlara yerleştirilmemiş yaşlılar için temel yardım kaynağı olmuştur (Davey vd. 2007:511). Bu durum, çeşitli refah devleti modellerinde, genel olarak resmi yardımların, gayri resmi yardımları ve özel ödemeli yardımları tamamladığını göstermektedir (Groneau vd. 2006:763-764).

1985'te 282 belediye içinde evde bakım oranlarının (örn. hizmet alan 80 ve daha yukarı yaşta bireylerin yüzdesinin) %17 ile %80 arasında değiştiğini, ortalamanın ise %43 olduğunu ortaya koymuştur (Berg, vd. 1993:240). 65 yaş ve daha üstü bireylerin tam nüfusu göz önüne alındığında, yardım alan yaşlıların oranı %8 ile %33 arasında değişmektedir, ortalama oran ise %19 olarak ortaya çıkmaktadır.

Yaşlı başına hizmet alınan saat sayısında da farklılıklar mevcuttur, bazı belediyeler hizmet sunumlarında nispeten daha az yaşlıyı hedeflemekte, bazıları ise saatleri daha fazla sayıda yaşlıya dağıtmaktadır. Örneğin bazı belediyelerde yaşlıların %10'u, verilen evde bakım hizmetlerinin %50'sini kullanmaktadır. 80 yaş ve daha üstü bireylerin kurumlarda bakılma oranları da belediyeler arasında %9 ile %38 arasında değişiklik göstermektedir, ortalama oran ise %24'tür (Davey vd. 2007: 515).

Yaşlılara sunulan hizmetlerde yerel yönetimler çok önemli misyonu vardır. Kurumsal bakım ve sağlık hizmetleri, giderlerin vergilerden karşılandığı devletçe planlanmakta ve sağlanmaktadır. Devlet bu uygulamayı, yerel anlamda hizmet veren belediyeler aracılığıyla vermektedir. Sonuçta hizmetin hangi ölçüde kime nasıl verileceğinin kararını yerinden yönetim anlayışı ile mümkün olduğundan vatandaşa yakın olma ilkesinden hareket edilmektedir (Taşcı, 2010: 189)

Ancak Trydegard ve Thorslund 2001 tarihli çalışmalarında belediyelerin evde bakım hizmetlerinin birbirinden farklılaşmasını incelemiştir. Araştırmanın bulgularına göre yerel ekonominin ve yerel yönetimin siyasi karakterinin pek çok özelliği, evde bakım kapsama oranlarını etkilemektedir. Daha yüksek vergiler alan, hizmetlerin daha az özelleştirildiği, daha yüksek sosyal hizmet harcaması yapan, çocuk bakımına harcanan sosyal hizmetlere, nispeten daha düşük ödenek ayıran, ve sol partilerden seçilen temsilcilerin oranının daha yüksek olduğu belediyeler, daha fazla sayıda yaşlı nüfusa evde bakım hizmeti vermektedirler (Davey vd. 2007:514).

İsveç kamusal refah yönetimi için dört karar verme düzeyi tespit edilmiştir. En üst düzey finansman düzeyi ve tahsisatı ile ilgili verilen ulusal kararlardır. Bunun altında belediyelerin, farklı refah sektörleri (örn. eğitim ve sosyal hizmetler) arasında ödeneklerin dağıtılmasıyla ilgili olarak verdikleri kararlar vardır. Bunun da altında her bir sektör içinde spesifik hizmetler ayrılan ödenekler yer alır (örn. sosyal hizmetler içinde çocuk bakımı ve yaşlı bakımı gibi). Son olarak ise en temel düzey olarak bireysel düzeyde ödenek ayrılması kararları yer alır (Thorslund, Bergmark ve Parker , 1997: 213

Uzun yıllardır üst düzeyde kapsamlı evde bakım ve toplum tabanlı bakım hizmetleri ile tanınmış olan İsveç'te son yıllarda talebin artmasıyla beraber sorunların ortaya çıkmaya başladığı görülmekle birlikte İsveç'in yaşlı bakım hizmeti sistemi, yaş, yaşam düzenlemesi ve yaşlı sakinlerin özür durumları ile ilgili belediyelerin çıkardıkları profiller göz önüne alındığında, cinsiyetler arasında eşitliğin sağlandığını ortaya koymaktadır (Davey vd. 2007:528).

Sonuç olarak İsveç ile ilgili şu söylenebilir: İsveç, uzun yıllar üst düzeyde ve kapsamlı evde bakım ve topluluk bakım hizmetleri ile tanınmıştır. Ancak son yıllarda bu hizmetlerin sunumu, ihtiyaçlarla paralel olarak artamamıştır. Ayrıca hizmet sunum seviyelerinde ciddi bölgesel farklılıklar da mevcuttur, bu ise hizmet sunumunda adaletsizlik ortaya çıkıp çıkmadığının sorgulanmasına neden olmaktadır.

3.3. Türkiye’de Kurumsal Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim

Kurumsal sosyal hizmetlerin tarihi, Türk tarihi ele alındığında Selçuklu Devleti dönemine kadar gitmektedir. Bilindiği kadarıyla Türk tarihinde yaşlılara yönelik bakım hizmetleri sağlayan ilk kurum bu dönemde “Dar’ül Reha” (Huzurevi) adı altında bir huzurevi olarak açılmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,, 2007:17)

Osmanlı İmparatorluğunda yoksul, dul, yetim, kimsesiz ve engellilere yönelik sosyal yardım hizmetleri; vakıflar, loncalar vb. kuruluşlar tarafından kültürümüze uygun şekilde verilmiştir. Vakıflardan özellikle "Avarız ve Müessesat-ı Hayriye-yi Sıhhiye” olarak bilinende yardıma ihtiyacı olan bireylere yardımları planlayarak yardımları bizzat yapmıştır.

Vakıflar tarafından verilen sosyal yardım ve hizmetlerin bazıları aşağıda olduğu gibidir;

- Hastalıktan doktora gidemeyen evine de doktor getiremeyenler için talepleri halinde evlerine doktor gönderilmesi,
- Hastanede hayatını kaybedenler için günde bir akçe belli fonlarda biriktirilerek onların cenaze ihtiyaçlarında kullanılıyordu. Ayrıca eşini kaybetmiş kadınlara yemek verilerek iffetlerinin korunması (Fatih Sultan Mehmet Han Vakfiyesi 1470), sağlanıyordu.
- Hastalık ve benzeri afet ve olaylar nedeniyle geçim sıkıntısına düşerek ihtiyaç ve zaruret içinde bulunan yoksulların, yetimlerin ve dul hanımların ihtiyaçlarının giderilmesi (Sivas Daru'r Reha Vakfı),
- Muhtaç olan kocasını kaybetmiş ve yaşlı hanımlara her ay iyi atılmış pamuktan birer okka pamuk, ihtiyar olan erkeklere birer dirhem para verilmesi,

Yukarıda görüldüğü gibi özellikle muhtaç ve yaşlı olan kadın veya erkeklere yönelik sosyal yardım destekleri vakıflar aracılığı ile yürütülmüştür.

1868 yılında savaş esnasında askerlere yardım edilmesi günümüzdeki ismi 'Kızılay' olan 'Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti' kurulmuştur.

1872 yılında “Darüşşafaka” kimsesiz veya muhtaç durumda olan çocukların eğitimini desteklemek üzere kurulmuştur.

1893’de dilenciliğin ortadan kaldırabilmek üzere "Teseülün Men'ine Dair Nizamname" çıkarılmıştır.

1915’de yine savaş sırasında muhtaç duruma düşen çocuklar için Daru’l--Eytâmlar kurulmuştur. Bu sırada İstanbul Himaye-i Etfal Cemiyeti de kurulmuştur.

1921 tarihinde de Ankara’da Himaye-i Etfal Cemiyeti, Atatürk’ün himayelerinde bir grup hamiyetperver devlet erkânı ve gönüllüler tarafından kurulmuştur.

1935’de aynı derneğin adı Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu olarak değiştirilmiştir.

Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu 1937’de kamu yararına birtakım işleri yürüten kuruluş haline gelmiştir. Çocuk Esirgeme Kurumu, 1983 yılında 2828 sayılı yasa ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu adını almıştır (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü stratejik Plan 2010-2014:10).

Osmanlı Devleti döneminde ülke içerisinde bakım hizmeti sağlayan kurumlar değerlendirildiğinde karşımıza en önemli kurum olarak Darülaceze çıkmaktadır. Kelime anlamı olarak “acizler kapısı” anlamına gelen Darülaceze, yoksul insanların bakımına ve geçinmesine yardımcı olmak, sakat insanların yaşamlarını daha kolay devam ettirebilmelerini sağlamak, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlıların sorunlarını gidermek amacıyla kurulmuş kurumdur (Güveli, 2006: 43).

1892 yılında ilk adımları atılan bu kurum 1895 yılında hizmet vermeye hazır hale gelmiş ve hizmete açılmıştır. II. Abdülhamit döneminde açılan bu kurum cumhuriyet rejiminin kabulünden sonra Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde de hizmet vermeye devam etmiştir. Günümüzde de hala hizmetini sürdürmektedir (Özkan, 2006: 211-212). Resmi Gazete’nin 15 Nisan 1916 tarih ve Sayı: 2511’de yayınlanmış olan Darülaceze Nizamnamesi’nde bildirildiği üzere bu kurumda, İstanbul’da doğan veya en az 5 senedir İstanbul’da ikamet eden bakıma ve korunmaya muhtaç, çalışma gücünü kaybetmiş, bakacak kimsesi olmayan kişilere bakım hizmeti verilmektedir

Türkiye Cumhuriyeti’nde sosyal hizmetlerin gelişimi, 1930’da çıkarılan 1580 sayılı kanunla yerel yönetimlere kamu kuruluşu olma özelliği getirilmesi ve bu

değişiklik ile birlikte belediyelere bakıma muhtaç kişilerin bakımı ve korunması sorumluluğu verilmesi ile farklı bir noktaya taşınmıştır. Bunun sonucunda da belediyeler tarafından yaşlı bakım evleri, düşkünler yurdu ve huzurevi adı altında bakıma muhtaç yaşlılara yönelik sosyal hizmet kurumları oluşturulmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007 : 11)

Türkiye’de huzurevleri 1950’den sonra kurulup 1970’lerde artmaya başlamış ve 1980’lerde ise ciddi bir artış göstermiştir. (Doğan, 2007: 33). Yaşlıların planlı, sistemli organize hizmete kavuşmaları, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununa dayanarak çıkarılan 225 sayılı yasanın 4. maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasıyla gerçekleşmiştir. 1982 anayasanın 61. maddesi sosyal hizmetler alanına giren grupları, açık, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, özürlü ve yaşlılara devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmü yer almıştır. Bu hüküm doğrultusunda sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin gözetimi ve denetimi doğrultusunda halkın gönüllü katılımı sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir.

Böylece 2828 sayılı kanunla “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” kurulmuştur. Yine 2828 sayılı kanun doğrultusunda yaşlıların korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetleri yürütmek, bu hizmetlerle kuruluşların tesisi ve işletilmesi ile ilgili görevleri yerine getirmek üzere “Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı” kurulmuştur.

1968’te uygulamaya alınan 1005 sayılı kanunla istiklal madalyası almış olan yaşlı bireylere maaş bağlanmış, 1976 yılında yürürlüğe giren 2022 sayılı yasa ile 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması söz konusu olmuştur (Yazgaç, 1992: 25).

1949 yılında 5434 sayılı kanunla, “Emekli sandığı” kurulmuştur. 1946 yılında çıkarılan 4772 sayılı yasa ile ise Sosyal sigortalar uygulaması, devreye girmiştir. 1971 yılında çıkarılan 1479 sayılı kanunla, esnaf, sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanları kapsayan yeni bir sigorta sistemi Bağ-Kur oluşturulmuştur (Sevil, 2005: 48). 1986’da çıkan 3294 sayılı “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasasının hedefi fakru-zaruret içinde muhtaç durumda bulunan yurttaşlara destek

sağlamak, sosyal adaleti tamamlayıcı önlemler olarak gelir dağılımındaki adaletli dağılımı gerçekleştirmeye katkı sağlamaktır. (Işıksan, 2000: 129).

Yaşlı bakımı, sosyal yardım ve hizmetler ile projelerinin, kurulumu ve denetimi gibi birçok çalışma Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yapılmakta iken 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye dayandırılarak 31.12.2011 tarihinde SHÇEK'in kapatılmasıyla birlikte bu kurumun görevleri yeni kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na aktararak Bakanlığın hizmetleri aşağıdaki birimlere ayrılarak sistem bakanlık düzeyine taşınmıştır.

- a) Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- b) Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- c) Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- ç) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- d) Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü.
- e) Denetim Hizmetleri Başkanlığı.
- f) Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- g) Şehit Yakınları ve Gaziler Dairesi Başkanlığı.
- ğ) Hukuk Müşavirliği.
- h) Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı.
- ı) Personel Dairesi Başkanlığı.
- i) Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı.
- j) Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.
- k) Özel Kalem Müdürlüğü.

Şeklinde belirlenmiştir.

Yaşlıların bakımı ve refahını gözetmek, ihtiyaçlarını karşılamak, yaşamlarını daha iyi bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak gibi görevleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı içerisinde "Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü"ne devredilmiştir. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ise Özürlüler idaresi Başkanlığı ve SHÇEK'e bağlı olarak yaşlı hizmetlerinin kurulması, takibi ve denetiminden sorumlu olan Engelli Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığının bir araya gelmesinden oluşturulmuştur.

Yaşlı bakımının yapıldığı veya bakıma muhtaç yaşlıların yaşamlarını sürdürdükleri kurumlar düşünüldüğünde ilk akla gelen huzurevleridir. Sadece

yaşlılara özel hizmet veren bu kurumlar Türkiye’de yaşlılara yönelik kurumsal sosyal hizmet türüne örnek teşkil ederler. Yaşlılar, kendi evlerinde yaşama imkânına sahip olamadıklarında veya tek başına yaşamak istememeleri, vd. nedenlerle huzurevlerinde veya Huzurevi ve Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde yaşamayı tercih edebilmektedirler.

2005 yılında SHÇEK’e bağlı Huzurevi sayısı 66 iken 2013 yılında bu sayı 115’e ulaşmıştır. 2014 yılı itibarı ile bu sayı genel toplam olarak 329’a yükselmiştir. Bu rakamın dağılımı; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı 121, belediye ve özel sektöre bağlı 208 şeklindedir. Ancak yaşlılara yönelik bu kuruluşların da uygulamada bazı eksikliklerinin olduğu görülmektedir (Abay, 2006: 287).

Bu yaşlı bakım merkezlerinin her birinin aynı donanım ve imkânna sahip olduğunu söylemek zordur. Yukarıdaki tablodan da anlaşıldığı gibi yaşama yaşının uzaması ile birlikte ilerleyen yaşlarda da bakım ihtiyacının artması nedeniyle Yaşlı rehabilitasyon Merkezleri olarak adlandırılan uzun süreli bakım rehabilitasyon merkezlerine ve özellikle de ihtisaslaşmış olan bakım merkezlerine duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

3.4. Türkiye’deki Yasal Düzenlemelerde Yaşlılar ve Kurumsal Yaşlı Bakım Hizmetleri

Türkiye’de gerontolojik sosyal hizmetlere ihtiyaç olduğunun farkına varılmış, var olan aile destek sisteminin yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamakta yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Sonuçta da, sosyal hizmetlere sistemli bir şekilde, mesleki standartlar kapsamında dikkat çekilmeye başlanmıştır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 186) .

Bakım hizmetlerinin büyük bölümü evde bakım hizmetleri adı altında yalnızca ekonomik yoksunluk içindeki ağır engelliler, yaşlılar dahil karşılıksız olarak almaktadır. Bunun yansısı bakıma muhtaç yaşlılara sosyo-ekonomik durumları ile doğru orantılı ücretli/ücretsiz kurum bakımı hizmeti de (Huzurevi ve Huzurevi, Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri aracılığı ile) sunulmaktadır.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) yer alan “Yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımını sağlamaya yönelik hizmetler

çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacak ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliği artırılacaktır” denilmekte, ayrıca “Sosyal hizmet ve yardım alanında nitelikli personel eksikliği giderilecek, aile yanında bakımı destekleyen modeller geliştirilecek, kurum bakımı hizmetlerinin standart ve niteliği iyileştirileceği” ifade edilmektedir. Bu ulusal belge nüfus trendleriyle birlikte yaşlıların ihtiyaç duydukları sosyal hizmet modellerinin çeşitlendirilmesi ve hizmetlerin niteliğinin artırılması için çalışma yapılacağına dair ipuçları içermektedir (Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında 2014-2018, 2013: 43)

Yaşlıya yönelik hizmet veren Bir diğer sosyal hizmet kuruluşu da yaşlı dayanışma merkezleridir. Bu merkezler, 2828 sayılı kanunun 9. Maddesine göre evde tek başına veya ailesi yakınında olmakla beraber yaşlıların vakitlerini daha verimli ve sosyal ortamlarda geçirmelerini sağlayabilmek, aynı zamanda onların gündelik hayat koşullarını iyileştirmek, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanları ile karşılamakta zorlandıkları birtakım ihtiyaçlarının giderilmesine destek vermek, üzere kurulmuş merkezlerdir. Kısacası bu merkezler 60 yaş ve üzeri bireylere destek veren gündüzlü kuruluşlardır. Bu merkezler 2008 tarihli “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Yaşlı Bakımı ile Evde Yaşlı Bakımı (evde yaşama destek) Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” ile yapılandırılmıştır.

Sonuç olarak yaşlılık ve bakıma muhtaç yaşlılık konusu değerlendirildiğinde devletin sosyal politika uygulamaları içinde konunun ciddiyetinin en farkında olduğu zamanların şu yaşanan zamanlar olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü hem nüfus değişim trendinin gelecek için öngördüğü demografik veriler, hem dünyada ve pek çok gelişmiş ülkede yaşlılığa ilişkin işlevsel sosyal politikaların planlanıyor ve uygulanıyor olması bu farkındalık ve eylem çabalarını da etkilemektedir. Ancak diğer taraftan Türkiye’de kurumda yaşamak sadece, sosyal çevresi olmayan ve yalnız hisseden, yaşlanma ve yaşamları hakkında olumsuz kaygıları olan kişilerin gideceği son çare olarak değerlendirilmektedir.

3.4.1.Yasal Düzenlemeler

1930 yılında uygulamaya giren 1580 sayılı kanun aracılığı ile belediyelere, bakıma muhtaç bireylerin korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme sorumluluğu

getirmiştir. Bu kanuna göre belediyenin sayılan görevleri arasında “bırakılmış ve bulunmuş çocukları, delileri dalanmış ve kudurmuşları, sokakta bayılanları, kazaya ve afete uğrayanları koruyup gözetmek”, “fakir ailelerin ikiz çocuklarına, alelümüm öksüz, fakir kimsesiz çocuklara para, hekim, ilaç, yeme, içme, giyinme, barınma, tahsil, terbiye cihetlerinden yardım etmek, fakir hastalara meccanen bakmak, ilaç vermek, fakir cenazelerini meccanen kaldırmak, işten aciz olup da bakacak kimsesi olmayanlara bakmak”, “yetimhane, acezehane, doğum ve emzirme ve mecburi olarak meccani doğum evleri tesisat ve teşkilatı ve mahalleri Sıhhat Vekaletince tayin ve tasdik edilmek şartıyla tımarhane, fenni tebhirhane ve tahtir istasyonları vücuda getirmek ve işlemek”, “fakirler için yatı evleri yapmak ve idare etmek” gibi “belediyenin vazifeleri” başlığında yer alan 15. maddenin de anlattığı üzere, belediyeler çeşitli sebeplerden dolayı bakıma muhtaç olanlar için önemli görevlere sahiptir. Bakıma muhtaçlık yaşlılık genelinde de, bakım için mekan sağlamak ve bakım hizmeti vermekle görevli olduğu görülmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, 2007: 29).

Ayrıca 5393 sayılı ve 3.7.2005. tarihli *Belediyeler Kanunun görev ve sorumlulukları içeren 14. Maddesinde*: a) ...Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000'i geçen belediyeler, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açar. b) ...Belediye hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda engelli, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanacağından bahsedilmektedir. Yine aynı kanunun Madde 60-Belediyenin giderleri arasında i) bendinde “Dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile engellilere yapılacak sosyal hizmet ve yardımları” içermektedir.

1982 Anayasası'nın 61. Maddesinde “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar Kanunla düzenlenir” maddesi bulunmaktadır.

Anayasanın 61. Maddesinden hareketle 24/5/1983 tarihinde yürürlüğe giren 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu’nun adı 3/6/2011 tarihli ve 633 sayılı KHK’nin 35 inci maddesiyle Sosyal Hizmetler Kanunu şeklinde değiştirilmiştir. Bu kanunun Birinci Maddesinde kanunun amacı:

“Korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan

teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir,” denilerek yaşlılara yönelik hizmetlerin çerçevesi çizilmiştir.

Yaşlılara yönelik sunulan kurumsal bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve yeni hizmet süreçlerinin devreye alınması için söz konusu çalışmalar; 1. “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği”(RG. 21.02.2001/24325), 2. “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği” (RG. 08.08.2008/26960), 3.“Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik RG.05.04.1987/19422), 4.Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” (07.08.2008/26960) olmak üzere dört yönetmelik ile yürütülmektedir.

Ayrıca Dokuzuncu Kalkınma Planında “Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması” başlıklı gelişme eksenini altında da sosyal güvenlik sisteminin; nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulacağı ifade edilmiştir. Plan çerçevesinde hazırlanan yıllık programlarda da evde bakım hizmetlerinin desteklenmesi ve yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi konularında tedbirler öngörülmüştür (Kalkınma Bakanlığı Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, 2006: 78).

Tüm nüfusu kapsayan bir bakım güvence sisteminin bulunmamasından dolayı mevcut durumda bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan evde bakım hizmetinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır engelliler, karşılıksız olarak yararlanabilmektedir.

Bakıma muhtaçlık durumu, ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Söz konusu riske karşı her bireyin güvence altına alınması ve bakıma muhtaçlığın sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilerek, bireylere bakıma muhtaçlık durumunda güvence sağlama karşılığında, prim toplama esasına dayandırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu şekilde oluşturulacak bir bakım güvence modeli ile tüm nüfusun bakıma muhtaçlık konusunda kapsam alınması sağlanmış olacak ve toplanacak primlerle bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanacaktır.

Uzun süreli bakım hizmetlerinin verilebileceği bakım sigortasının; tümüyle sosyal sigorta primleri ya da vergilerle finanse edilmesi, ülkemiz gerçeği açısından gerçekçi görülmemektedir. Bu nedenle, sosyal sigorta primleri, vergiler, özel bakım sigortası ve hizmetin kullanımı durumunda belirli katkı payı ödemesi uygulamasına yer verildiği karma bir model, daha etkili olacaktır. Sosyal güvenlik boyutuyla finansman modelleri sadece bir araçtır. Önemli olan bu hizmetin kaliteli ve örgütlü bir şekilde iyi eğitilmiş yeterli sayıdaki uzman ve bakım elemanı tarafından sunulabilmesidir. Birçok ülke bakım hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını bir kanunla düzenlemiştir.

Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu raporunda Türkiye’de yaşlılık ve yaşlanmayı içeren hedef ve eylemler aşağıda olduğu gibi belirlenmiştir;

- (i) Aktif Yaşlanma,
- (ii) Yaşlı Hakları ve Hukuku/Yasal Düzenlemeler,
- (iii) Türkiye’de Yaşlı İşgücü ve Çalışma Yaşamı,
- (iv) Yaşlı Yoksulluğu,
- (v) Yaşlılara Yönelik Hizmetler,
- (vi) Yaşlılıkta Psiko-Sosyal Yaşam ve Kuşaklararası Dayanışma,
- (vii) Yaşlanma ve Yaşlılık Dönemi Araştırma- Geliştirme Faaliyetleri başlıkları altında sunulmuştur (Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014: 45).

Bu ilkeler uluslararası belgeler ile paralellik göstermektedir.

3.4.2. Kurumsal Bakım Hizmetleri

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, (SHÇEK) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Mayıs 1983 yılından bu yana engellilerin ve yaşlıların ihtiyaç duydukları kurumsal hizmeti sunmakla görevli kılınmıştır. SHÇEK’nun bu anlamda sorumlu olduğu alan, gündüzlü ve yatılı bakım evleri oluşturarak; korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç olan aile, çocuk, engelli, yaşlılara sosyal hizmet vermektir (Aile ve Sosyal

Politikalar Bakanlığı, Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı 2011-2013, 2010:5).

Türkiye’de sosyal hizmet sunumlarının büyük bir kısmı devlet tarafından gerçekleştirilmektedir. 633 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile SHÇEK Haziran 2011’de görevi sonlandırılarak, yaşlılar ile ilgili sosyal hizmetler uygulamaları Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce yürütülmeye başlanmıştır.

Engelli ve yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaşlılara yönelik hizmetlerini resmi web sitelerinde aşağıda görülen daire başkanlığı ve birimleri aracılığı ile yürütüldüğünü açıklamaktadır:

- Yaşlı bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı:
 - a. Yaşlı Bakım Tertip ve Nakil İşlemleri Birimi
 - b. Yaşlı Bakım Resmi Kuruluş İşlemleri Birimi
 - c. Yaşlı Bakım Özel Kuruluş İşlemleri Birimi
 - d. Yaşlı Bakım İdari ve Mali İşlemler Birimi
- Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı:
 - a. Sağlık ve Rehabilitasyon Birimi
 - b. Aktif Yaşlanma Birimi
 - c. Sosyal Destekler Birimi
 - d. Hizmet Modelleri Analiz ve Geliştirme Birimi
- Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı:
 - a. Stratejik planlama, iç kontrol, risk takip ve izleme Birimi
 - b. Performans ve kalite koordinatörlüğü, kalite yönetim Birimi
 - c. Koordinasyon ve hizmet standartları Birimi

Yaşlılara yönelik sosyal politikaları belirlemek ve sosyal hizmetler sunumunu bizzat uygulamak veya belediyeler ve ilgili sivil toplum örgütleri ve gerçek kişilerin sunabileceği kurumsal bakım hizmetlerine açılış izni vererek hizmeti denetleme yetkisi Engelli ve Yaşlı Hizmetlerinin görev alanına girmektedir.

Tablo 8: Türkiye’de Huzurevlerinin Sayısal ve Kapasite Olarak Dağılımı (2012-2013)

Huzurevleri	(2012)	Sayı (2013)	Kapasite (2012)	Kapasite (2013)	Bakılan Yaşlı Sayısı (2012)	Bakılan Yaşlı
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü	106	115	11.678	11.826	10.638	11.826
Kamu Kurum ve Kuruluşları	2	2	566	566	566	566
Yerel Yönetimler-Belediyeler	20	20	2.013	2.013	1.409	2.013
Dernek ve Vakıflar	34	30	2.820	2.820	1.974	2.482
Azınlıklar	7	7	961	961	673	920
Gerçek kişiler (Özel)	122	139	5.934	139	4.154	6853
Toplam	291	313	23.972	23.972	19.414	24.660

Kaynak: ASPB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden Şahsen alınan verilerden hazırlanmıştır. (24 Mayıs 2014)

Tablo 9: Huzurevi Türüne Göre Huzurevlerinin Sayısı, Kapasitesi ve Bakılan Kişilerin Sayısı, 2015

Huzurevi türü	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Kişi Sayısı	Doluluk Oranı (%)
Toplam - Total	350	28 769	23 132	80,4
Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevleri	131	13 391	12 202	91,1
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	566	99,3
Belediyelere Ait Huzurevleri	21	2 915	2 041	70,0
Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevleri	28	2 324	1 626	70,0
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508	355	69,9
Özel Huzurevleri	163	9 061	6 342	70,0

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015, (Çevrimiçi). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>. 23 Mayıs 2017.

2012 yılında ise 291 huzurevi 23.972 yatak kapasitesiyle hizmet vermekte iken 2013 sonu itibariyle 313 Huzurevinde toplam 24.660 yaşlıya bakım sağlanmaktadır. (Bkz: Tablo 12). 2015 yılına gelindiğinde ise toplam 350 Huzurevi ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde toplam 23 132 yaşlı bakılmaktadır.

Yaşlı hizmet merkezleri de yaşlılara hizmet veren gündüzlü kuruluşlardır. 10.02.2007 tarihinde kabul edilen 5579 no'lu "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri ile bu hizmetlerin yürütüleceği Yaşlı Hizmet Merkezi tanımı 2828 sayılı SHÇEK Kanununda yer almıştır. "07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığının "İdareyi Basitleştirme Çalışmaları" kapsamında bazı maddelerinde değişiklikler yapılmış olup bu değişiklikler 31.07.2009 tarih ve 27305 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

"Bu maddelere göre; "Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer vb. hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amacıyla "Gündüzlü Bakım Hizmeti" sunumu, Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu, akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla "Evde Bakım Hizmeti" sunumu mümkün olacaktır." Mevcut olan 6 tane yaşlı hizmet merkezi, Ankara, Çanakkale, Eskişehir, İzmir ve Kırıkkale'de mevcuttur.

Evde bakım hizmetleri güncel olarak henüz yapılandırılmamış, ancak yasal stratejiler kapsamında ele alınan hizmetlerdir. İşlerini kendisi yapabilen ya da bir başkasına bağlı olan yaşlılara genel olarak çocukları bakmaktadır. Tabii kurumsal bir yapılandırma ve sosyal hizmet imkânı olmadığı için dışarıdan alınan profesyonel destek ekonomik koşulları buna uygun olan aileler için mümkün olmaktadır (Şahin, 2010: 143).

Bakıma muhtaç yaşlı bakımı konusunda yapılan çalışmalardan biri “ Ege Yaşlı Hizmet Merkezi’nin Tek Çatı Modeli’dir. “Bu modelin en önemli özelliği, daha çok fiziksel ihtiyaçların karşılandığı huzurevleri veya yaşlıların fizyolojik ve psikolojik sorunlarına çözüm imkanı sağlayan yaşlı rehabilitasyon merkezleri gibi tek alanda çalışmanın yerine bu iki kurumun özelliklerinin birleştirilmesi ile tek bir çatı altında tam bir hizmet sunmasıdır (Yazıcıoğlu, 2010: 138).

Ege Yaşlı Hizmet Merkezi’nin bu uygulama ile sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinin tek çatı altında birleştirilmesi hedeflenmiş, yaşlıların daha iyi şartlarda yaşamlarını sürdürebilmeleri amaçlanmıştır. Tek Çatı Model’inin sosyal hizmetler ile sağlık hizmetlerinin tek çatı altında birleştirmeyi amaçlaması dışında, yaşlı kişinin kendi kendine bakabilmesi konusunda kişiye eğitim vermesi, yaşlı bireyin aile ve yakınlarının yaşlı bakımı konusunda bilgilendirilmesi gibi amaçları da bulunmaktadır (Şahin, 2010: 142).

Türkiye’de geriatri hastaneleri yeterli sayıya ve imkâna sahip olmayıp mevcut hastanelerin bazılarında açılan geriatri servisleri, geriatri klinikleri ya da geriatri bölümleri ile hizmet verilmektedir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim dalı içinde Geriatri bilim dalı olarak 1981’de hizmet vermeye başlamıştır. Burada 60 yaş üzerinde dâhili sorunları olan, yatılı tedaviye ihtiyaç duyan hastalara sağlık hizmeti verilmektedir. Hastaların rehabilitasyonu, yara bakımları, eve çıkıldığında ev bakımı ve uyum sorunları fizyoterapistler tarafından sağlanmakta, diyetisyen hastane için ve sonrasına uygun diyet programı hazırlamaktadır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010: 110).

Bunların dışında yaşlıların ulaşimleri belli saatlerde ve belli vasıtalarla edinilen bir belge/kart ile ücretsiz olabilmektedir. Bu sayede yaşlılar daha aktif bir yaşamı teşvik eden bir hakka sahiptirler. Böylece şehir içinde başka yerler görmek,

arkadaşlarıyla ya da akrabalarıyla görüşebilmek bir nebze de olsa cazip ve kolay bir hal alabilmektedir.

3.4.2.1. Örgütlenme Biçimi

Türkiye’de sosyal hizmet sunumlarının büyük bir kısmı devlet tarafından gerçekleştirilmektedir. 633 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile SHÇEK Haziran 2011’de kapatılmış, yaşlılar ile ilgili sosyal hizmetler uygulamaları “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce” yürütülmeye başlanmıştır.

Türkiye’de farklı illerde 2014 yılı itibariyle 121 Huzurevi ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi mevcuttur. Bu merkezler öncelikle 81 ilde örgütlenmiş Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın taşra teşkilatları bulunan müdürlüklere bağlı çalışmaktadır. Bu merkezlerde 7.987 normal ve 4.459 bakım yaşlısı olmak üzere toplam 12.446 yaşlı bakım hizmeti almaktadır. Merkezlerin hizmetlerini belirleyen mevzuat ASPB Yaşlı Engelli Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenmektedir. Bu merkezlerde çalışan personelin unvanları ve sayıları yine ASPB Personel Başkanlığı tarafından belirlenmektedir. Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri’nde bir müdür kapasiteye göre ve yeteri sayıda da müdür yardımcısı çalışmaktadır.

2015 yılı verilerine göre Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevi sayısı 131, Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevlerinin sayısı 2, Belediyelere Ait Huzurevlerinin sayısı 21, Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevlerinin sayısı 28, Azınlıklara Ait Huzurevlerinin sayısı 5 Özel Huzurevlerinin sayısı 163, toplam 350 Huzurevi ve Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi bulunmaktadır. Buradaki verilerden anlaşılması gereken HYBRM’leri merkezden yönetilmektedir. ASPB taşra örgütlenmesi olan İl Müdürlükleri kurumların açılış, kapanış, yaşlı kabulü ve hizmet sunumu şartlarını yönlendirmekte, ve denetlemektedir. Ayrıca bu merkezlerin yarısında da bizzat kendisi hizmet vermektedir.

3.4.2.2. Fiziki Durum

Yaşlı bakım merkezlerinde yaşlıların bakılıyor olmasından dolayı birkaç önemli konu vardır. Bu binaların yapılmasında en önemli etkenlerin başında mahremiyetin korunması gelir.

Başarılı bir mimari tasarımın oluşturulmasında ki en önemli faktör mahremiyetin korunması, bireysel alanlar ve bireyselleştirilmiş mekanlar ve egemenlik sınırları arasındaki bağlantının muhafaza edilmesidir. Binaların yapımında planlanamamış olan mahremiyeti sağlamak üzere perdelerle, brandalar ile bazı alanların ayrıştırılması veya balkon korkuluklarının kapatılması gibi önlemler alınmaktadır. Kalabalık alanlarda yaşamak bireyler arası iletişime kötü etkide bulunur ve kişide kontrolü kaybettiği duygusunu verir böylece kişi özerkliğine kötü etki yapar. Kişiselleştirilmiş alanlar ise bireyin kimliğinin mekana yansıtılmasıdır (İzgi, 2009: 95). Yaşlılar için düşünülmüş yaşam alanlarında bu özelliklerin mimari açıdan planlanmış olması onların psiko-sosyal iyilikleri açısından çok önemlidir.

Türkiye’de Huzurevi veya Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinin mimarisine hassasiyet gösterildiğini söylemek çok mümkün değildir. Arsalara para ödenmemesi için yerleşim alanlarının dışındaki bölgelere huzurevleri yapılması işlevsel değildir. Özel Merkezler daha çok dar mekanlarda, apartman dairelerinde, çoğu zaman kiralık binalarda bu hizmeti vermektedirler (Sevil, 2005: 151).

Yaşlıların barınma sorunu için belirlenen hedefleri kısaca şöyle sıralayabiliriz: a)Özel yaşam hakkı, b)Alışagelmış yaşamı sürdürebilmeleri, c) Kendi kendine yeterli onurlu bir yaşlılık, d) Kendi özel yaşamı içinde bakılabilmek, e)Toplumdan izole edilmeden özel yaşam hakkı, f)Kentle birlikte yaşama, g)Mevcut yerleşmelerde yeni şanslar. Yukarıdaki temel prensipler göz önüne alınarak yaşlıların eğitim ve gelir seviyesine göre farklı uygulamalar planlanmalıdır. Gelir bakımından iyi olanlar için, evinde bakım, yani eve servis götürme, özel tefrişli yaşlı apartmanları, apart otel gibi çözümler uygulanabilecekken; gelir seviyesi düştükçe, yaşlı apartmanları, bakım evleri modelleri uygulanabilmektedir (Türel, 2004: 85).

Son olarak yaşlı bir insanın yaşayacağı konutun planı, dizaynı, konut dışı çevrenin durumu, burada alış-veriş merkezlerinden, sağlık servisleri, dini kuruluşlar, park, kütüphane gibi yerler, toplu taşıma araçlarının duraklarına yakınlık kadar pek

çok faktör ergonomik yaklaşım içinde tasarlandığı takdirde yaşlıların yaşantısı da o derece kolaylaşacaktır (Akbaba, 1994: 45).

Öte yandan Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği Madde 21 (1) de; Kuruluş bağımsız bir binada hizmete açılması ve binanın şehir merkezinde veya merkeze yakın, yaşlıların gezip dolaşabileceği, dinlenebileceği bahçesi bulunan sakin bir konumda olması tercih edilmesi ile ilgili bir yönlendirme, binanın bulunduğu yerin yaşlıların gidiş gelişlerinde trafik yönünden uygun ve emniyetli olması gerektiği söylenmektedir. Madde 21 (3)'te ise huzurevlerinde zemin +2 nci kat, huzurevleri özel bakım bölümü ile yaşlı bakım merkezlerinde ise zemin +1 inci kat ve üzeri binalarda asansör bulunması zorunludur. Zemin +1 katlı huzurevlerinde özel bakım bölümünün binanın giriş katında olması halinde asansör şartı aranmaz.” ifadeleriyle binanın koşullarına ilişkin standartlar çizilmiştir.

Aynı yönetmelikte yer alan Madde 23.(C) bendine göre ise yaşlının kaldığı odanın standartları şu şekilde belirlenmiştir:

“Yatak odaları;1) Tek, iki, üç veya dört kişilik olarak düzenlenebilir. Banyo ve tuvalet hariç tek yataklı oda 9-12 m², iki yataklı oda 16-18 m², üç yataklı oda 20-24 m², dört yataklı oda 30-34 m² ve yerden tavana yüksekliğin en az 2,60 cm olması gerekir.

2) Odalar pencere önlerinden yaşlıların dışarıyı seyredebilecekleri şekilde döşenir. Karyolalar birbirine bitişik ve eşyalar yaşlıların oda içinde rahat hareket edemeyeceği şekilde yerleştirilemez. Her odada personel çağırma zil düzeneği bulunur.

3) Her yaşlıya bir karyola, bir etajer, bir giysi dolabı bir koltuk ve sandalye verilir ve her odada bir masa veya sehpa bulunur.

4) "Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce açılmış olan merkezler hariç olmak üzere, tek kişilik yatak odalarında lavabo, duş ve tuvalet bulunması zorunludur." İki ve daha fazla yatak odalarında ise fiziki koşulların yeterli olması durumunda duş, lavabo ve tuvalet bölümlerinin düzenlenmesine özen gösterilir. Duş, lavabo ve tuvaleti bulunmayan odaların bulunduğu katlarda bay ve bayanlar ayrı olmak üzere bir duş bir lavabo ve bir tuvalet bölümü düzenlenir” denilmektedir.

Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nin 38. Maddesinde yaşlı yaşam alanlarının nasıl olacağına dair

koşulları belirleyen bir çerçeve çizilmektedir: Ev yaşamına göre hazırlanmış yaşlı yaşam alanlarında yaşlı sayısı kadar karyola, yatak, etajer, gardırop, sandalye ve koltuk konulmaktadır. Tüm odalarda birer masa bulundurulmaktadır. Odalardaki mobilyaların ahşap malzemeden yapılmış olanı tercih edilmektedir. “Odalarda yaşlının yatarken uzanabileceği yükseklikte alarm düzeneği kurulur. Olanaklar ölçüsünde dâhili telefon bulundurulur. Odalardaki banyo ve tuvaletlere yatay ve düşey ray takılır. Odanın geceleri hafif bir şekilde aydınlatılması sağlanır. Tüm oda donanımının sık silinmeye uygun malzemeden olmasına dikkat edilir. Zeminin halı ile kaplanması yerine parça halı kullanılması tercih edilir. Olanaklar ölçüsünde zemin anti-statik, anti-bakteriyel malzeme ile döşenir. Oda kapılarının tekerlekli sandalye ve yürüteçlerin rahat hareket edebileceği genişlikte olmasına özen gösterilir. Yataklarının üzerine, yatak koruyucu alez serilir.”

İlgili maddelere bakıldığında yaşlılara özerk yaşamlarını sürdürebilecekleri, belli minimum koşulları sağlaması gereken fiziksel standartlar çizilmiştir. Herhangi bir meskenin hem içyapısı bakımından hem de konumu itibariyle kurumsal bakım hizmet vermesi mümkün değildir.

Türkiye genelinde, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi raporuna göre: (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 25) 229 kişi ile görüşmeler yapılmış ve yaşlılara kurum bakımıyla ilgili pek çok konu açısında soru yöneltilmiştir. Bu çalışmada yaşlıların kışları ısınmaktan, oda ve diğer yaşam alanlarının temizliğinden ciddi oranlarda (%91-93) memnun olduğu görülmüştür. Yaşlıların ve ailelerin genel olarak en memnun oldukları konunun ısınma olduğu ifade edilmiştir.

Aynı araştırmaya göre ailelerin de yaşlıların da en önemli sorunlarının odayı paylaşmanın zorlukları olduğu görüldü. Görüşmelere göre yaşlılar çoğunlukla tek kişilik odalar istemekte ancak pahalı olduğu için tek kişilik odaya geçemeyen veya sıra beklediği için henüz sırası gelmediğinden dolayı tek kişilik odaya geçemediklerini bildirenlerin çoğunlukta olduğu kaydedilmiştir. Çok ileri yaştakilerin ise tek kişilik odalar istemedikleri, hastalandıklarında haber verememekten, ölüp kalmaktan korktukları öğrenilmiştir. Yine aynı araştırmadan huzurevlerinin fiziksel koşullarından ötürü belirtilen en memnuniyetsiz durumun

huzurevlerinin şehir merkezine uzaklığı, spor alanlarının hiç olmaması ya da yetersiz olmasıdır. Ayrıca öğrenim düzeyi orta ve yüksek, çalışma geçmişi ve bir geliri olan yaşlıların ortak yaşam alanlarını düzenli ve kullanışlı bulmadığı, eşyaların değişip daha çok ev eşyasına benzemesi gerektiğini düşündükleri söylemişlerdir.

Hizmet sağlayıcılar, idareciler, sivil toplum kuruluşu temsilciler ve akademisyenler büyük oranlarda fiziksel koşulları (sırasıyla, sohbet edilebilecek ortak mekânlar, açık ve yeşil alanlar, yemekhaneler, banyolar, çamaşırhaneler, yaşlıların kendilerine ait bir yerin mevcudiyetini, tanıdıkları huzurevleri için uygun bulmaktadır. Bu koşullara ve bakış açısına ilaveten eski binalarda hizmet veren veya kalan bütün görüşülenler (yani yaşlılar ve kurum personeli), binanın planından kaynaklanan kullanışsızlıktan, bakım ve onarıma ihtiyaç duyan çatıdan kapıya, musluklara kadar şikâyetçi olmaktadır.

Yaşlıların bakımı için sosyal ve psikoloji olarak sağlıklarını devam ettirmeleri açısından yapılan değerlendirmelere göre huzurevi ve dinlenme merkezlerinin en fazla 60 yataklı, demanslılara yönelik oluşturulmuş bakım merkezlerinin ise 35 yataklı olarak planlanmasının en uygun uygun durum olduğu görülmüştür (Doğan, 2007: 35).

Özet olarak özellikle yeni açılması planlanan huzurevleri çoğunlukla büyük şehirlerde sağlık merkezlerine ve ulaşımın kolay olduğu geçiş alanlarına inşaa edilerek kapasiteleri düşük tutulmalı, tek veya en çok iki kişilik odalardan müteşekkil tuvalet ve banyosu içinde olan işlevsel ortak alanları bulunan kurumlar olarak planlanması (Altan, 2006: 288) yaşlıların yüksek faydasına olacaktır.

3.4.2.3. Personel Yapısı

HYBRM’nde sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, tabip, diyetisyen gibi unvanlarla çalışan kişiler yönetmeliklerde meslek elemanı olarak geçmekte ve bunlar hakkında yönetmeliklerde kişilerin görev tanımları yapılmıştır.

Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilme Raporuna göre (2006:20) yaşlıların, personelin yaşlıya karşı tutumunun ve verdiği hizmetin kalitesinin değerlendirmesi sonuçlarına bakıldığında yaşlının memnuniyetinin büyük oranlarda yine yaşlının beklentilerinin, isteklerinin ve davranışlarının etkisinin

olduğu, sonucuna varılmıştır. Aslında bu durum karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir.

Türkiye’deki huzurevi, huzurevi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bulunan personelin problemleri hakkında yapılan çalışmalarda bu merkezlerde çalışan kişilerin yüzde ellisinden fazlasının hizmet içi eğitime tabi tutulmadığı tespit edilmiştir. (Mandiracıoğlu ve Çam, 2004: 31) Başka bir çalışmada huzurevi ve bakım rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin bakım esnasında yaşadıkları sorunların en önemlisinin de iletişim kurma da yaşadıkları sorunlar olduğu ve sağlık personeli olarak yaşlılara psiko-sosyal açıdan yardımcı olamadıkları gibi bu konularla ilgili eğitimler almadıkları anlaşılmıştır. Bunun sonucunda tükenmişlik durumunun önemli oranda yükseldiğı bildirilmiştir. (Akdemir vd. 2010: 53)

İdareciler ve hizmet sağlayıcılardan alınan bilgilere göre huzurevinde hizmet alan kişiye yetecek kadar personel bulunmamakta, çalışanlar kendi işleri haricinde de pek çok işi yapabilmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durumun ilişkileri ve hizmet kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Huzurevinde kalan yaşlılarla ailelerinin sosyal hizmet uzmanı, doktor, hemşire ve psikolog statüsündeki huzurevi çalışanlarıyla ilişkilerinden memnun oldukları görülmektedir (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 9).

Bakıma muhtaç bireylerin yaşamları sırasında ihtiyaç hissettikleri hizmetlerinin teorik ve pratik olarak uygulanması konusunu inceleyen mesleki eğitimidir. Sosyal bakım; bakım hizmetlerinin teorik olarak anlatıldığı ve uygulamalarının gösterildiğı bir süreçtir (Danış ve Genç: 2011:175).

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda yapılan araştırmanın sonucuna göre de akademisyenler ve sivil toplum kuruluşu temsilcileri, idareciler ve huzurevinde hizmet verenler, bütün huzurevlerinde sosyal hizmet uzmanı olmasını, problem çözme yeteneğine sahip, güler yüzlü ve anlayışlı personelin, yaşlı bakımı konusunda eğitilmiş yöneticilerin ve görevli sayısını yeterli düzeye olmasını, huzurevinde kalanlara personelin ilişkisinin niteliğini yükseltmesi ve personelin verebildiğı hizmetin kalitesini de yükseltmesi açısından önemli olduğu üzerinde durmaktadırlar (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz No:4638, 2006: 19).

Türkiye’de Bakım Elemanlarının eğitimi (MEB, Halk Eğitim Merkezi Müdürlüğü, İşkur, yerel yönetimler, bakım hizmeti veren kurumlar vb.) sertifika eğitimleri aracılığı ile sürdürülmekte eğiticilerin hangi yeterlilikte ve hangi eğitimlerden geçtiği konusu da incelenmesi gereken bir konudur. Bakım elemanı olarak lise mezunu ve sertifikalı personelden faydalanılması kalıcı ve profesyonel hizmet söz konusu olduğunda çok da yeterli bir eğitim süreci içermemektedir. (Danış ve Genç, 2011:173)

3.4.2.4. Sunulan Hizmetler Açısından Değerlendirme

Huzurevinde Verilen Hizmetlerden Memnuniyet “Genel olarak bu huzurevinde verilen hizmetten ne derece memnunsunuz?” sorusuna huzurevi sakinlerinin çoğu “memnunum” veya “çok memnunum” yanıtını vermiştir (%84). Nitel görüşmelerde de, başta huzurevinde verilen hizmetlerden genel olarak memnun olduklarını söylemektedirler.

Ancak, görüşen kişi ile yaşlı arasındaki iletişim geliştikçe, verilen hizmetler ve koşullar tek tek sohbet etme ortamında üzerine gidilerek soruldukça, görüşmeyi yapan kişiye güven duygusu arttıkça; yaşlılar, beslenme koşulları, sağlık hizmetleri, huzurevindeki ilişkiler, fiziksel durum gibi huzurevine özgü tüm koşullar için sorunlarını, şikayetlerini bildirmektedirler. Orta Anadolu bölgesindeki huzurevlerinde yaşayanlar, ücretsiz ve çok kişilik odalarda kalanlar huzurevlerinde verilen hizmetlerden daha çok memnundurlar. Huzurevine yerleşmek için sırada bekleyen yaşlıların ve ailelerinin yarısına yakınının huzurevinde verilecek hizmetlerden beklentileri olumsuzdur (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz:4638, 2006:31). Huzurevi ve huzurevi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden memnuniyeti üç başlık altında inceleyeceğiz; sağlık, beslenme, sosyal faaliyetler.

3.4.2.4.1. Sağlık Hizmetleri

Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi raporuna göre huzurevlerinin hemen hepsinde tansiyon, ateş ölçme ve saatinde ilaç almaya yardımcı olma gibi sağlık hizmetleri verilmekte %90 oranında, yaşlılar gerektiğinde hastaneye götürülmesi %84 gibi bir orana tekabül etmektedir. Yaşlıların ancak

yarısından biraz fazlası huzurevinde düzenli fiziksel muayene yapıldığını bildirmiştir (%66). Psikolojik danışmanlık hizmeti almış yaşlıya sık rastlanmamaktadır (%28). Ayrıca nitel görüşmeler sırasında da ziyaret edilen huzurevlerinin hemen hepsinde tansiyon ve ateş ölçümü, saatinde ilaç alımına yardım, gerektiğinde hastaneye götürme hizmetlerinin verildiği saptanmıştır (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi, ikraz: 4638, 2006: 20).

Gelişmiş ülkelerde, ağır somatik ve psikişik problemleri olan ve bakımevlerinde yaşayan tıbbi refakat ve terapi sağlanan kurumlarda bakım görmelerine rağmen Türkiye’de aynı özelliklere sahip kişiler yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden bu hizmeti almaktadırlar. Ayrıca sayısı çok az olan hastanelerin geriatri birimlerinde kontrol ve tedavi dışında yatılı bakım sağlanamamaktadır. Bu durumda olan yaşlılar için sağlık kuruluşları içinde veya yakınında inşa edilmiş olan bakımevlerinden hizmet almalarının daha faydalı olacağı düşünülmektedir (Genç ve Barış, 2015: 99).

Kurumlarda yaşayan yaşlıların şikayetlerinin başında kurumlarda tıbbi tedavi bölümlerinin olmaması ve özellikle sağlıklı yaşlı bulunan huzurevlerine sağlıklı olmayan yaşlılarında kalmaya başlamasıdır. Bu durumda bu kurumlar yaşlıların huzurunu sağlamak yerine yaşlı yakınlarını memnun eden kurumlar olarak görülmektedir (Doğan, 2007: 36).

Sağlık Hizmetleri Yaşlıları huzurevinde kalmaya zorlayan nedenlerden biridir. Düzenli sağlık muayenesi ve takibi ile psikolojik danışmanlık hizmetinin ancak sürekli istihdam edilen ve yeterli sayıda doktoru, psikoloğu hemşiresi bulunan huzurevlerinde verilebildiği görülmüştür. Psikolojik danışmanlık hizmetinin sadece %40’ını huzurevi psikoloğundan alabilmektedirler. Nitel görüşmelerde, psikoloğun bulunmadığı huzurevlerinde, huzurevine adaptasyon güçlüğü çeken, ailesiyle problemleri bulunan yada ruhsal problemleri olan yaşlılara yardım hususunda huzurevi doktoru ve hemşiresi devreye girdiği anlaşılmıştır (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi,, İkraz No: 4638 , 2006:22).

Kısacası psiko-sosyal problemlerin çözümünde çok büyük sıkıntılar yaşanmaktadır. Kısaca özellikle huzurevi ve bakım rehabilitasyon merkezi olarak

alışan merkezlerde yaşlılar için gerekli temel branşlardan uzman doktorların gevlendirilmesinin buralarda verilen sağlık hizmeti kalitesini önemli ölçüde arttıracaağı açıktır.

3.4.2.4.2. Beslenme

Afyon 150, Aydın 150, Denizli Huzurevi'nde 180 yaşlının bulunduğu ve bu yaşlılar içerisinde demanslı olmayan yemekhaneye giderek kendi başına yemek yiyebilen yaşlılar arasından bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya, Afyon Huzurevinden 38, Aydın Huzurevinden 48, Denizli Huzurevinden 28 yaşlı olmak üzere 76'sı erkek, 38'i kadın olan toplam 114 yaşlı birey katılmıştır. Diyet yapan yaşlılara diyetlerine uygun yemeklerin çıkıp çıkmadığı sorulduğunda yaşlıların % 94.3 yemekhanede "diyetlerine uygun" yemeklerin çıktığını, % 5.7'si ise "bazen diyetlerine uygun" yemeklerin çıktığını söylemişlerdir. Fakat aslında bu huzurevlerinin hiçbirinde diyetisyen çalışmamaktadır. Diyet yapan yaşlılar için farklı yemek yapılmamakta, yalnızca yemekler pişirilirken tuz ilave eklenmemektedir. Diyabeti olan yaşlılara sadece tatlı verilmemektedir (ekal, 2006: 49).

Huzurevlerinde yaşamına devam eden sağlıklı yaşlılar için damak zevklerine uygun olan yemekleri yemelerinin önemli olduğu ve yemek yemenin birlikte gerçekleştirdikleri en önemli günlük aktivite olduğu anlaşılmıştır. Fakat yaşlının sağlık koşullarına uygun tarzda yemek çıkarılması ve ğn sayısının kişiye göre değişmesi gerekirken, huzurevlerinde tek çeşit ve ancak  ğn yemek çıkarılabilmektedir. Ortak mutfaktan gelen yemeklerin genellikle yaşlı beslenmesine uygun olmadığı; çok miktarda piştiği için kalitenin de düştüğü anlatılmıştır. Yöneticiler ve hizmet verenler hastalıkları ve sağlık koşulları çok farklı olan yaşlılar için her ğn ayrı mnlerin hazırlanması ve uygulanması gerektiğini düşünmektedir.

Ancak, koşulların bu durumun gerçekleşmesine imkan vermediği üzerinde durmuşlardır. Nitel görüşmelerde anlaşılmıştır ki, çoğu yaşlı ve ailesi için huzurevlerindeki en büyük sıkıntı, özellikle kahvaltıyı beğenmediklerinden yaşlının kendi olanaklarıyla odasında yapmak zorunda kalmasıdır. Nicel görüşme sonuçlarına

bakıldığında; huzurevi sakinlerinin ve aile/yakınlarının yemek kalitesinden, lezzetinden, sağlığa uygunluğundan memnuniyetin (yemeğin miktarı dışında) diğer huzurevi hizmetlerine oranla daha az olduğu görülmektedir (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, İkraz No: 4638, 2006:28). Bu bilgilerden beslenmenin yaşlılar için çok önemli bir günlük aktivite olduğu ancak yaşlıların hastalıkları ve kültürel koşullarına göre de çok büyük değişkenlik gösteren bir mevzu olduğu anlaşılmaktadır.

3.4.2.4.3. Sosyal Faaliyetler

Yaşlı bakımı ve psikolojisi konusunda öğrenim görmüş huzurevi çalışanları, sosyal etkinlikleri, yalnızca yaşlıların yaşamına renk katmak, onları eğlendirmek için düzenlenen organizasyonlar olarak görmemektedir. Ayrıca sosyal faaliyetlerin yaşlılar arasında ve yaşlılar ile çalışanlar arasında olumlu iletişimi sağlamaya katkı sağladığı bilinmektedir. Ancak yaşlıların, huzurevinde düzenlenen faaliyetlerde görev almaktan hoşlanmadıkları, izlemeyi sevdikleri de huzurevi çalışanları tarafından ifade edilmektedir.

Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi raporuna göre; yaşlıların ve ailelerinin en çok memnun oldukları bir konu da huzurevi içinde ve dışında düzenlenen sosyal faaliyetlerdir (%78, %84). Nicel araştırma sonuçlarında görülmese de derinlemesine görüşmelerden anlaşılmaktadır ki erkek yaşlılar huzurevinde düzenlenen faaliyetleri kadınlardan daha fazla istemekte; özellikle de konserlere çok ilgi göstermektedir. Huzurevi sakinleri, en fazla eğlenceli programlardan ve özellikle de ikramlı olanlarından çok memnun kalmaktadırlar.. Yaşlılar ve hizmet sağlayıcılar, STK'ların ve belediyelerin bu konuda desteğinin çok yararlı olduğunu ifade etmektedirler. Belediyelerin, sivil toplum kuruluşlarının ve bazen gönüllülerin desteğiyle düzenlenen geziler, özel günler için hazırlanan programlar yaşlıların sakin hayatlarına renk getirmektedir. Hizmet sağlayıcılar, idareciler, STK temsilcileri ve akademisyenler sosyal faaliyetleri yaşlılar kadar yeterli bulmamaktadır (%42) ((Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, İkraz No: 4638, 2006: 17).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KURUMSAL YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN SUNUM AÇISINDAN YETERLİLİK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ ve MODEL ÖNERİSİ

4.1. Amaç

Çalışmanın araştırma kısmında amaç; Türkiye’de kurumsal yaşlı bakım hizmetlerini inceleyerek hizmet sunumunu etkileyen parametreleri belirlemek ve bu parametreler Türkiye’deki uygulama açısından değerlendirilerek, uygulamanın nitelik ve nicelik açısından yaşlı bireyin çok daha insani koşullarda hizmet almasının sağlanması ile ilgili uygulama alanına açıklık kazandırmaktır.

Bundan dolayı Kamuya ait huzurevi ve huzurevi yaşlı bakım merkezlerinin hizmet şartlarını etkileyen; yasal alt yapı, örgütlenme biçimi, çevre şartları, fiziki şartlar, personel durumu ve hizmet sunumunu etkileyen alt başlıkların tespit edilerek hizmet alan ihtiyaçlarını karşılaması açısından değerlendirme yaparak gelecekte uygulamaların kalite açısından sınırlarının yükseltilmesine katkı sağlamak üzere kurgulanmıştır.

4.2. Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini, 2012 yılı itibarıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı hizmet sunan 101 Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi oluşturmaktadır. Yaşlı istatistiklerine (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar 2015, Sayı:21520) göre ASPB Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı 131 Huzurevi, Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi vardır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden Aralık 2012 tarihinde alınan HYBRM İsim ve adreslerine göre 101 kuruluşa posta aracılığı anketler gönderilmiş ve yine posta yolu ile geri dönüt istenmiştir. Toplam 80 HYBRM’inden 113 anket geri dönüşü sağlanmıştır.

GZFT soru formu posta yoluyla huzurevleri ve huzurevi yaşlı bakım rehabilitasyon merkez müdürlüklerine gönderilmiş, kurum yöneticileri tarafından doldurulan soru formları tekrar posta yoluyla bir ay içerisinde tarafımıza geri gönderilmiştir. Bakanlık çalışanı olmam nedeni ile anketin geri dönüşünde sorun yaşanmamıştır. Çalışmanın kurum yöneticileri üzerinden yapılmasının nedeni, alanda en çok tecrübeye onların sahip olması ve en doyurucu değerlendirmelerin onlar tarafından yapılacağı yönündeki kanaatimizdir. Kurum müdürleri ve müdür yardımcılarının adı ve soyadı gizliliğin esas ilkesi nedeniyle kayıtlara alınmamış, bunun yerine formlar numaralandırılmıştır.

4.3. Yöntem

Araştırmanın analizinde GZFT (Güçlü yanlar, Zayıflıklar, Fırsatlar/Olanaklar ve Tehditler/Tehlikeler) uygulamalarının etkinliğini yükseltmek üzere, “A’wot Tekniği” olarak bilinen analiz yöntemi kullanılmıştır.

GZFT analizi kurumun mevcut durum analizidir. iç analizin amacı, organizasyonun sahip olduğu güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri tespit etmektedir. Kurumun içinde bulunduğu koşulların incelemesi yapılırken geçmiş dönemlerin değerlendirilmesi ile beraber kurumun güçlü ve zayıf yönleri araştırılmaktadır. Buradaki ana hedef, kurumun hali hazırdaki potansiyeli ve problemlerini inceleyerek mümkün olabilecek gücünü belirleyebilmektir (Çoban ve Karakaya, 2010: 348). Bu çerçevede güçlü, zayıf yanların tespiti ile kurumun kaynaklarının analiz edilmesine, fırsat ve tehditlerin tanımlanması ile de kurumsal çevrenin analiz edilmesi sağlanmaktadır.

GZFT Matrisi oluşturulurken 4 soru sorulmaktadır.

1. Her bir güçlü yanımızı nasıl kullanabiliriz?
2. Her bir zayıf yanımızı nasıl düzeltebiliriz?
3. Her bir fırsatı nasıl değerlendirebiliriz?
4. Her bir tehdidi nasıl bertaraf edebiliriz.

Çalışmamızda, çok sık kullanılan analizi yöntemi olan Analitik Hiyerarşi Proses (AHP) tekniği, GZFT analizi birlikte kullanılmıştır. Bu iki tekniğin birlikte kullanılması A’WOT analizi olarak adlandırılmaktadır. İki tekniğin birleştirilerek

kullanılması ile, her bir GZFT grupları ve bu gruplar içerisindeki GZFT faktörlerinin önem dereceleri ölçülebilir duruma getirilmiştir.

Araştırmada öncelikli olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı farklı illerde bulunan 101 Huzurevinde (GZFT Formu gönderilerek) GZFT analizi gerçekleştirilmiştir. GZFT analizi aracılığıyla üstünlükler ve zayıflıklarının yanı sıra tehditler ve fırsatlar belirlenmiştir. Ardından da elde edilen bulgular çok boyutlu değerlendirme yaklaşımı olan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) kullanılarak değerlendirme yapılarak üstünlük derecelendirmesi yapılmıştır. Tüm bunlardan sonra, güçlü, zayıf yönler ve fırsat tehditlere dikkat çekilerek mevcut durum ortaya konulmuştur.

GZFT çalışmasında dört boyut ile ilgili (güçlü, zayıf fırsat ve tehdit) personelin görüşleri alınmıştır. Alınan bilgiler her bir boyut için aşağıda verilen Tablo 18’de özetlenmiştir. Anket formlarındaki tüm cümleler öncelikle ilgili boyutlar altında spss programına kaydedilmiş ve bunların içeriklerinden yola çıkılarak tekrar edilme frekansları tespit edilmiştir. Her bir boyut için elde edilen görüşler sınıflandırıldığında dokuz adet alt boyut elde edilmiştir. Daha sonra her bir boyut için, alan uzmanı ve çalışanların görüşleri doğrultusunda göreceli önem tabloları oluşturulmuştur. Ardından elde edilen bilgiler kullanılarak Analitik Hiyerarşi Proses yöntemiyle grup içi önem dereceleri elde edilmiştir.

GZFT ile AHP’nin birlikte kullanımı sırasında öncelikli olarak GZFT grupları ve her bir GZFT grubu içerisindeki GZFT faktörlerine yönelik önem durumları, sayısallaştırılarak ölçülebilir hale getirilmiş. Böylece GZFT grupları ile her bir GZFT grubundaki GZFT faktörlerine ait öncelikler sayısal değer olarak belirlenerek, önem sırasına konulmuştur.

Bu değerlerin tespiti için Saaty'nin kullandığı tablo 10'da gösterilen 1-9 ölçeğinden faydalanılmıştır.

Tablo 10: Önem Skala Değerleri ve Tanımları

0	Değerlerin Tanımı	Açıklama
1	Eşit Önemli	İki Seçenek Eşit Derecede Öneme Sahip
3	Biraz Önemli	Bir Seçenek Diğerine Karşı Biraz Üstün
5	Kuvvetli Derecede Önemli	Bir Seçenek Diğerine Karşı biraz daha Üstün
7	Çok Kuvvetli Derecede Önemli	Bir Seçenek Diğerine Göre Oldukça Üstün
9	Kesin Önemli	Bir Seçenek Diğerine Göre Çok Üstün
2,4,6,8	Ara Değerler	Uzlaşma Esnasında Göz Önünde Bulundurulmuş Değerler

Kaynak: Saaty, T. L. (1987). Pergamon Journals, The Analytic Hierarchy Process-What it is and How it is used, Vol 9. No:3-5, s.163.

Analitik Hiyerarşi Prosesi Thomas L. Saaty'nin 1970 li ortaya koyduğu matematiksel bir teoridir (Saaty ve Niemira, 2006: 89) AHP'nin kullanımının ana sebebi, çok boyutlu karar vermeyi gerektiren problemlerin çözümüne yöntem (Forman, Selly, 2002: 12) sunmasıdır. AHP'nin basamakları aşağıda olduğu gibidir:

- 1.Adım: Hiyerarşik yapının oluşturulması
- 2.Adım: İkili karşılaştırma matrisleri (a) ve üstünlüklerin belirlenmesi
- 3.Adım: Öz vektörün (görelî önem vektörünün) belirlenmesi
- 4.Adım: Öz vektörün tutarsızlığının hesaplanması
- 5.Adım: Hiyerarşik yapının genel sonucunun elde edilmesi (Gökalp ve

Göktolga, 2012: 78).

$$CR = \frac{CI}{RI}$$

Kurumun fırsatları ve tehditleri; üstünlük ve zayıflıklarını tanımlamak amacıyla Random Gösterge (RI) değerine, Tablo 11'de gösterilen standart düzeltme değerine bölünerek CR adı verilen değer bulunur. Yani öncelikle Tablo 11den faktör sayısına denk gelen değer seçilir. Mesela 3 faktörlü karşılaştırmadaki RI değerinin Tablo 11.'den bakıldığında 0.58 olduğu görülebilir.

Tablo 11: RI (Random Gösterge) Değerleri

N	RI	N	RI
1	0	8	1,41
2	0	9	1,45
3	0,58	10	1,49
4	0,90	11	1,51
5	1,12	12	1,48
6	1,24	13	1,56

Hesapladığımız CR değerinin 0.10'dan küçük olması karşılaştırmaların tutarlı CR değerinin 0.10'dan büyük olması ya AHP'deki hesaplama hatasını ya da karşılaştırmalarındaki tutarsızlığa işaret etmektedir.

GZFT analizi için genel bir değerlendirme yapılacak olursa; strateji belirleme açısından Tehditler en önemli boyut, Zayıf yönler en az öneme sahip boyut olduğunu söylemek mümkündür.

4.4. Kuruluşlar Hakkında Bilgi

633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 08.06.2011 tarihinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulması ile Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü içerisinde kurumsal bakım hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan yaşlı ve engelli daire başkanlığı birleşerek Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nü oluşturmuşlardır. Çalışmanın yürütüldüğü Huzurevleri ve Huzurevleri yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri hizmetlerini, Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak yürütmektedir.

Çalışma kapsamında 50 farklı ildeki toplam 80 huzurevinde kuruluş müdürleri ve müdür yardımcıları tarafından doldurulan 113 anket değerlendirilmiştir.

2014 yılı itibari ile 114 Huzurevi ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde aşağıdaki tablo:19'da görüldüğü üzere çeşitli meslek gruplarından toplam 1176 kadrolu personel çalışmaktadır. Kuruluş Müdürü 116 ve Kuruluş Müdür yardımcısı olarak 116 personel görev yapmaktadır. Çalışma da;

kuruluş müdürü, müdür yardımcısı olarak kadrolu veya görevlendirilme yoluyla bu pozisyonda görev yapan 242 personelden toplam 113 personele ulaşılmıştır.

Tablo 12: Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Personel Sayısı ve Kariyer Dağılımı

Unvan	Sayı	Unvan	Sayı
Kuruluş Müdürü	57	Çocuk Gelişimcisi	2
Kuruluş Müdür Yrd.	79	Hemşire	324
Uzman	1	Sağlık Memuru	65
Şef	11	Sağlık Teknikeri	2
Ayniyat Saymanı	16	Laborant	1
Memur	32	Sosyolog	4
Ambar Memuru	17	Mühendis	4
Satınalma Memuru	9	Tekniker	1
Yurt Yönetim Memuru	71	Teknisyen	29
Daktilograf	4	Teknisyen(Ö)	1
Bilgisayar İşlt.	66	Öğretmen	23
V.H.K.İ.	66	Din Görevlisi	35
Şoför	15	Teknisyen Yrd.	31
Çocuk Eğiticisi	3	Hizmetli	262
Sosyal Çalışmacı	153	Bakıcı Anne	2
Uzman Tabip	4	Aşçı	19
Tabip	33	Terzi	3
Diş Tabibi	4	Berber	4
Daire Tabibi	2	Kaloriferci	26
Biolog	1	Bekçi	27
Psikolog	60	Dağıtıcı	4
Fizyoterapist	106	Eczacı	2
Diyetisyen	35		
Toplam	1716		

Kaynak: ASPB Personel Başkanlığı'ndan şahsen alınan verilerden faydalanılarak düzenlenmiştir. (11 Ekim 2014)

4.5. Bulguları ve Yorumlar

Kuruluşlardan alınan cevaplar öncelikle spss programına kaydedilmiş ve dört boyut altında (Güçlü ve Zayıf Yanlar ile Fırsat ve Tehditler) tekrarlanma frekansları bulunmuştur. Bu sonuçlar daha sonra tabloya aktarılmıştır (Tablo 12).

Tablo 13: GZFT Matrisi

Güçlü Yanlar	Zayıf Yönler
G1: Rehabilitasyon Çalışmaları G2:Mevzuat Ve Merkezi Yönetim Desteği G3: Döner Sermayeli Kuruluş G4: Sağlık Hizmetleri Sunumu G5: Binanın Konumu G6: Fiziki Koşullar Ve Tefrişat G7: Personel Nitel, Nicel Durum G8: Hizmet Yöntem Ve Anlayışı G9: Paydaş Desteği	Z1: Personel Nitel, Nicel Durum Z2: Fiziksel Koşullar Z3: Huzurevi İhtiyacının Artması Z4: Kötü İmaj Z5: Yaşlılık Z6: Farklı Yaşlı Grupları Z7: Binanın Konumu Z8: Paydaş Desteği Z9: Araç İhtiyacı
Fırsatlar	Tehditler
F1: Sağlık Hizmeti Sunumu F2: Binanın Konumu F3: Fiziki Koşullar F4: Kurumsal İmaj F5: Personel Nitel, Nicel Durum F6: Paydaş Desteği F7:Mevzuat Ve Merkezi Yönetim F8: Hizmet Yöntem Ve Anlayışı F9: Benzer Özellikteki Yaşlılar	T1: Kurumsal İmaj T2: Binanın Konumu T3:Mevzuat Ve Merkezi Yönetim Hizmetin Ayrışması T4: Personel Nitelik Ve Nicelik T5: Fiziksel Koşullar Ve Tefrişat T6: Aile İlişkileri T7: Hizmetin Ayrıştırılamaması T8: Huzurevi İhtiyacının Artması T9: Yaşlılık

4.5.1.Güçlü Yönler Kategorisi Alt Boyutları Karşılaştırma

1-9'a kadar derecelendirilen Güçlü Yönler boyutlarının birbirleriyle karşılaştırılmaları sonucunda oluşturulan önem dereceleri matrisi Tablo 14'de yer almaktadır.

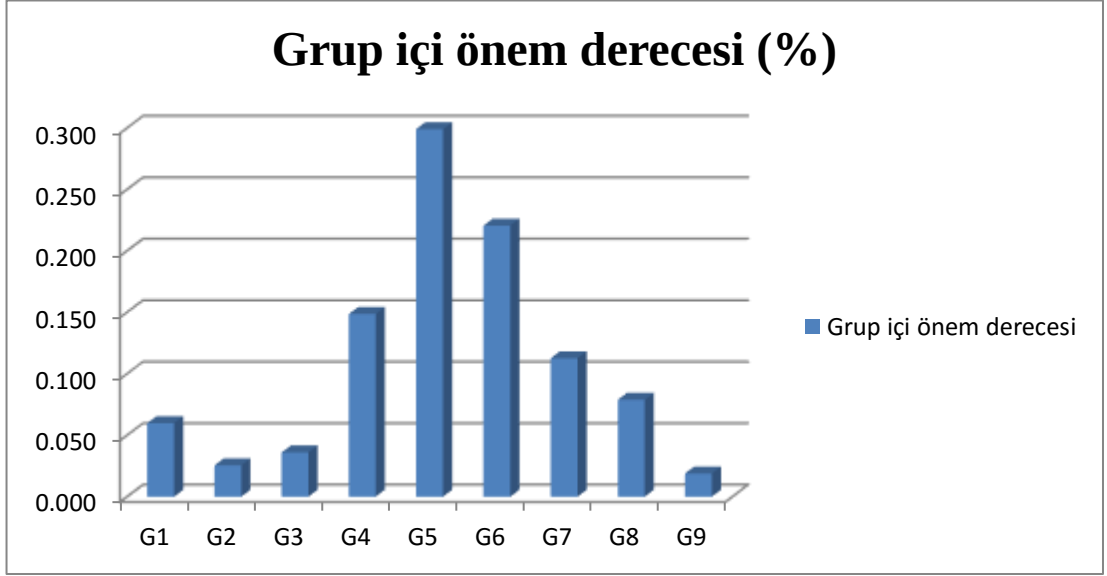
Tablo 14: Güçlü Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Karşılaştırma Matrisi

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	W (Önem der.)
G1	1	4	3	0,25	0,167	0,2	0,333	0,5	4	0,060
G2	0,25	1	0,5	0,167	0,125	0,142	0,2	0,25	2	0,025
G3	0,333	2	1	0,2	0,142	0,167	0,25	0,333	3	0,036
G4	4	6	5	1	0,333	0,5	2	2	7	0,149
G5	6	8	7	3	1	2	3	5	9	0,299
G6	5	7	6	2	0,5	1	3	4	8	0,221
G7	3	5	4	0,5	0,333	0,333	1	2	6	0,113
G8	2	4	3	0,5	0,2	0,25	0,5	1	5	0,079
G9	0,25	0,5	0,333	0,142	0,111	0,125	0,167	0,2	1	0,019

Tablo 15: Güçlü Yönler Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler

Lamda_max	CI	CR
9,441	0,055	0,038

Tablo 15'de verildiği üzere A'WOT Analizinde tutarlılığı gösteren CR ölçütü 0,038 olarak bulunmuştur. Bu tablo 14'de verilen karşılaştırmaların tutarlı olduğunu göstermektedir.



Şekil 5: Güçlü Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği

Güçlü yanlar boyutuna ait dokuz boyut, spss programı ile tekrarlanma sıklığına göre değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Elde edilen bulgulara göre güçlü yönler boyutunda en önemli alt boyut Şekil 5’deki sütun grafiğinde gösterildiği gibi %29,9 ile G5 (Binanın Konumu) olmuştur. Bunu %22,1 ile G6 (Fiziksel Koşullar ve tefrişat) ve %14,9 ile G4 (Sağlık Hizmet Sunumu) takip etmiştir. Grafik incelendiğinde G5 (Binanın Konumu ve G6 (Fiziksel koşullar) alt boyutlarının oldukça önemli olduğu, G2, G9 (Mevzuat ve Merkezi Yönetim ve Paydaş desteği önemli güçlü yön olmasına karşın diğer yönlerle karşılaştırıldığında oransal olarak öneminin az olduğu görülmektedir

4.5.1.1. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları

Yukarıda belirlenen ilk beş güçlü yandan en yüksek önem derecesine sahip Konum boyutu Tablo 16’da görülen alt boyutlar altında toplanarak ardından bu boyutların kendi aralarında yüzde dağılımları tekrar hesaplanmıştır. Böylece binanın konumundan kastedilenin ne olduğu açıklığa kavuşturulmuştur.

Tablo 16: Güçlü Yönler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları

Binanın Konumu		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Hastane, Cami, Park vb. Yakın Olması	11	9,7	10,5	10,5
	Yaşlıların sosyal hayata adapte olabilmesi (merkezde)	37	32,7	35,2	45,7
	Personel için çekici (merkezde)	3	2,7	2,9	48,6
	Şehir yoğunluğundan uzak merkeze ulaşımın kolay olması	8	7,1	7,6	56,2
	Termal suların ve doğal güzelliklerin varlığı	6	5,3	5,7	61,9
	Ulaşımın kolay olması	26	23,0	24,8	86,7
	Yerleşim alanının havadar gürültüden uzak ve sakin olması	4	3,5	3,8	90,5
	Yeterli büyüklükte bahçesinin olması	10	8,8	9,5	100,0
	Toplam	105	92,9	100,0	
Toplam		113	100,0		

Araştırmaya göre Güçlü yönlerin en önemli boyutu olarak görülen binanın konumunun (% 29,9) altındaki alt boyutların dağılım yüzdesi görülmektedir. Alt boyutlardan en önemli boyut; binanın merkezde olmasıdır. (%35,2) binanın merkezde olması ile yaşlıların sosyal hayata entegrasyonu arasında önemli bir ilişki olduğu üzerinde durulmuştur. Bunun dışında ulaşımın kolay olması (%24,8), ve cami, hastane, vb. yakın olmasının (%10),5 güçlü özellik olarak gösterilmiştir.

4.5.1.2. Fiziksel Koşullar, Tefrişat Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 17: Güçlü Yönler Boyutu: Fiziksel Koşullar, Tefrişat ve Alt Boyutları

Fiziksel Koşullar ve Tefrişat					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Düşük kapasiteli olması	9	8,0	10,6	10,6
	Fiziki koşulların verilen hizmete uygunluğu	17	15,0	20,0	30,6
	Fiziki ortamın fonksiyonel olması	8	7,1	9,4	40,0
	Fiziki şartların yeterliliği	12	10,6	14,1	54,1
	Fizyoterapi salonu ve fizyoterapist mevcut	4	3,5	4,7	58,8
	Odalarda lavabo, tuvalet ve banyonun Bulunması	6	5,3	7,1	65,9
	Odaların en fazla 2 kişilik olması	11	9,7	12,9	78,8
	Tefrişatın ev ortamına uygun yapılmış olması	18	15,9	21,2	100,0
	Toplam	85	75,2	100,0	
Toplam		113	100,0		

İkinci önemli güçlü yön olan G6- Fiziksel Koşullar (%22,1) boyutunun dağılımını incelediğimizde Tablo 17’de görüldüğü gibi tefrişatın ev ortamına uygun yapılmış olmasının %21,2 ve fiziki şartların verilen hizmete uygun olması % 20 olarak belirtilmiştir. Fizyoterapi salonu ve fizyoterapist mevcut olması %4.7, odalarda lavabo, tuvalet ve banyonun bulunması %7.1, odaların en fazla 2 kişilik olması %12.9. Bu sonuçlar fiziksel koşulların nasıl olması gerektiğinin çerçevesini çizmektedir. Bu şartları sağlayan kuruluşlar olmakla birlikte tümünün bu şartları sağladığını söylemek zordur.

4. 5.1.3. Sağlık Hizmeti Sunum Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 18: Güçlü Yönler Boyutu: Sağlık Hizmeti Sunumu ve Alt Boyutları

Sağlık Hizmeti Sunumu		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Diyetisyenin olması	4	3,5	9,5	9,5
	Fizyoterapi salonu ve fizyoterapist mevcut	8	7,1	19,0	28,6
	Hastanelere yakın olması	3	2,7	7,1	35,7
	Psiko-sosyal destek	3	2,7	7,1	42,9
	Rehabilitasyon hizmeti verilmesi	13	11,5	31,0	73,8
	Sağlık hizmeti verilmesi	5	4,4	11,9	85,7
	Sosyal ve kültürel etkinlikler	2	1,8	4,8	90,5
	Yeterli sayıda sağlık personeli olması	4	3,5	9,5	100,0
	Toplam	42	37,2	100,0	
Toplam		113	100,0		

Üçüncü önemli güçlü yön olan G4- Sağlık Hizmet Sunumu (%14,9) boyutunun dağılımını incelediğimizde Tablo 18’de görüldüğü gibi Rehabilitasyon hizmeti verilmesi %31 ve Fizyoterapi salonu ve fizyoterapistin bulunması % 19 oranında ve sağlık hizmeti sunumu ise %11,9 oranında kurumun güçlü olmasını sağlayan önemli boyut olarak belirtilmiştir.

4.5.1.4. Personel Nitelik, Nicelik Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 19: Güçlü Yönler Boyutu: Personel Nitelik, Nicelik ve Alt Boyutları

Personel Nitelik, Nicelik		Sıklık	Yüzde	Geçerli i Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Tecrübeli çalışanlar	21	18,6	30,9	30,9
	Farklı meslek gruplarının koordineli bir şekilde çalışması	5	4,4	7,4	38,2
	Meslek elemanlarının olması	2	1,8	2,9	41,2
	Personelin sayısal yeterliliği	13	11,5	19,1	60,3
	Yöneticilerin tecrübeli olması	3	2,7	4,4	64,7
	Bakım personelinin nitelik ve nicelik olarak yeterliliği	13	11,5	19,1	83,8
	Bakım, temizlik hizmetinin hizmet alımı yoluyla yapılması	6	5,3	8,8	92,6
	Bakım, temizlik personeli kuruluşun işe alması	5	4,4	7,4	100,0
	Toplam	68	60,2	100,0	
Toplam		113	100,0		

Dördüncü en önemli güçlü yön olan Personel nitelik, nicelik boyutuna ait alt boyutlarının değerlendirmesine göre tecrübeli çalışanlar %30,9, arkasından personelin sayısal yeterliliği ve bakım elemanlarının sayısal ve mesleki yeterliliği %19,1 oranında kurumun güçlü olmasında önemli değerler olarak gösterilmiştir.

4.5.1.5. Hizmet Anlayışı Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 20: Güçlü Yönler Boyutu: Hizmet Anlayışı ve Alt Boyutları

Hizmet Yöntemi, Anlayışı		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Aile Bütünlüğüne Önem Verilmesi	8	7,1	9,6	9,6
	Merkezi Yönetim	20	17,7	24,1	33,7
	Hizmet Sunumunda İnsan Hakları Odaklılık	6	5,3	7,2	41,0
	Kaliteli Hizmet	9	8,0	10,8	51,8
	Özverili Hizmet	8	7,1	9,6	61,4
	Sistemli Yönetim Anlayışı	8	7,1	9,6	71,1
	Takım Ruhu	8	7,1	9,6	80,7
	Temiz Ve Hijyenik Bakım	16	14,2	19,3	100,0
	Toplam	83	73,5	100,0	
Toplam		113	100,0		

Beşinci en önemli güçlü yön Hizmet Yöntem, Anlayış boyutuna ait alt boyutlarının değerlendirmesine göre merkezi yönetim %24,1, arkasından temizlik, hijyenik bakım sunumu % 19,3 oranında ve kaliteli hizmet %10,8 oranında kurumun güçlü olmasında önemli değerler olarak belirtilmiştir.

4.5.2. Zayıf Yönler Kategorisi Alt Boyutlar Karşılaştırması

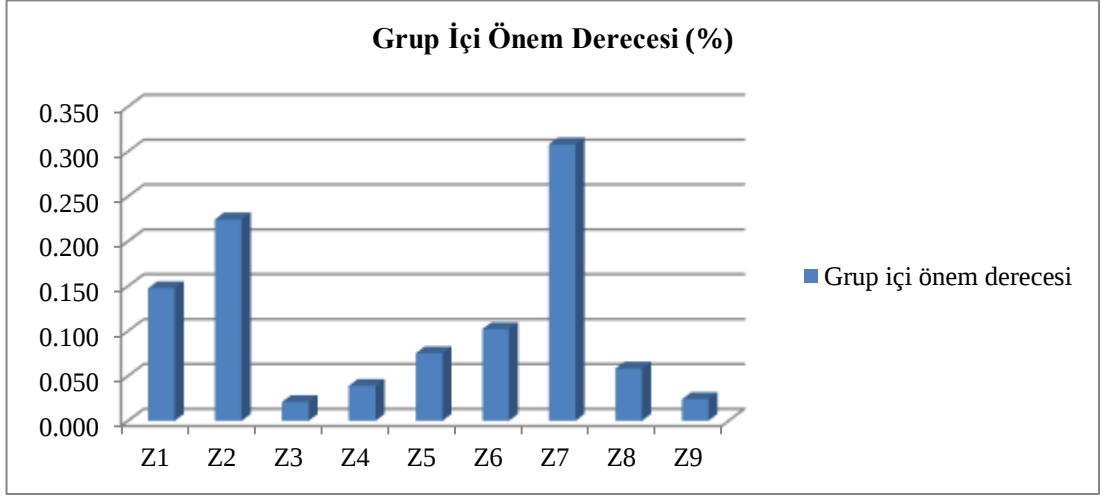
Tablo 21: Zayıf Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesi Karşılaştırma Matrisi

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	W (Önem der.)
Z1	1	0,333	6	5	5	2	0,2	4	6	0,148
Z2	3	1	9	6	4	4	0,5	5	6	0,225
Z3	0,167	0,111	1	0,333	0,25	0,167	0,167	0,25	0,5	0,021
Z4	0,2	0,167	3	1	0,333	0,333	0,142	0,333	3	0,039
Z5	0,2	0,25	4	3	1	0,5	0,25	2	5	0,075
Z6	0,5	0,25	6	3	2	1	0,2	4	5	0,102
Z7	5	2	6	7	4	5	1	6	9	0,308
Z8	0,25	0,2	4	3	0,5	0,25	0,167	1	4	0,058
Z9	0,167	0,167	2	0,333	0,2	0,2	0,111	0,25	1	0,024

Tablo 22’de verildiği gibi zayıf yönler kategorisine ait CR değeri 0,077 olarak bulunmuştur. Bu tablo 21’de verilen karşılaştırmaların tutarlı olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre zayıf yönler boyutunda en önemli alt boyut %30,8 ile Z7 (Konum) olmuştur. Bunu %22,5 ile Z2 (Fiziksel Koşullar) ve %14,8 ile Z1(Personel nitel, nicel durum) takip etmiştir. Buna göre kurum çalışanları en zayıf yön olarak Z7 (Binanın Konumu) göstermişlerdir. Zayıf yönler boyutunun alt boyutlarının grup içi önem derecesi sütun grafiği Şekil 6’da verilmiştir. Grafik incelendiğinde Z7 (Binanın Konum) ve Z2 (Fiziksel Koşullar) alt boyutlarının oldukça önemli olduğu, Z3 (Huzurevi ihtiyacının artması) ile Z9 (Araç) boyutlarının ise oransal olarak önemsiz olduğu görülmektedir

Tablo 22: Zayıf yönler boyutu için belirleyici ölçütler

Lamda_max	CI	CR
9,896	0,112	0,077



Şekil 6: Zayıf Yönler İçin Grup İçi Önem Derecesi Sütun Grafiği

Z7 Binanın Konumu %30.8

Z2 Fiziksel Koşullar %22,5

Z1 Personel nitel, nicel Durum %14,8

Z6 Farklı Yaşlı Grupları %10,2

Z5 Yaşlılık % 7,5

4.5.2.1. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları

Öncelikle Tablo 23’de görülen ilk beş zayıf yönden biri olarak belirtilen binanın konumu boyutuna ait olan alt boyutların yüzdelik açılımları değerlendirilmiştir.

Tablo 23: Zayıf Yönler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları

Binanın Konumu		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Bahçenin yetersizliği	11	9,7	19,6	19,6
	Hastanelere uzak olması	8	7,1	14,3	33,9
	Küçük bir ilçede olması	3	2,7	5,4	39,3
	Merkeze uzak olması	27	23,9	48,2	87,5
	Trafiği fazla olan bir yerde bulunması	2	1,8	3,6	91,1
	Yer yer toprak kaymasının görülmesi	1	,9	1,8	92,9
	Yerleşkenin uygun olmayışı	1	,9	1,8	94,6
	Binanın güvenli olmayışı	3	2,7	5,4	100,0
	Toplam	56	49,6	100,0	
Toplam		113	100,0		

Zayıf yönler kategorisinin en önemli beş boyutundan ilki görüldüğü üzere binanın konumu başlıdır. Binanın konumu içerisinde değerlendirilen alt boyutlardan kurumumuzun zayıf yanı diye belirtilen en önemli boyut ise kurumun Merkeze Uzak olmasıdır. Bu boyutun oranı % 48,2 gibi ciddi bir orandır. Arkasından %19,6 ile Bahçenin Yetersiz Olması gelmektedir. %14,3 ile kurumun hastanelere uzak olması da önemli zayıf yan olarak belirtilmiştir.

4.5.2.2. Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 24: Zayıf Yönler Boyutu: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları

Fiziksel Koşullar		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Araç sayısının yetersizliği	12	10,6	10,7	10,7
	Asansörünün bulunmaması	3	2,7	2,7	13,4
	Bina alt yapı eksiklikleri	23	20,4	20,5	33,9
	Binanın huzurevine uygun olmayışı	26	23,0	23,2	57,1
	Hasta nakil aracının olmaması	4	3,5	3,6	60,7
	Hobi faaliyet atölyelerinin olmayışı	17	15,0	15,2	75,9
	Odaların çok kişilik olması	12	10,6	10,7	86,6
	Tek kişilik oda sayısının azlığı	15	13,3	13,4	100,0
	Toplam	112	99,1	100,0	
Toplam		113	100,0		

Zayıf yönler kategorisinin ikinci başlığı Tablo 24 “Fiziksel Koşullar”dır. Fiziksel koşullar başlığı altında değerlendirilen alt boyutlardan kurumumuzun zayıf yanı diye belirtilen en önemli boyut “Binanın Huzurevine Uygun Olmayışı” %23,2 olarak belirlenmiş ve arkasından bu boyutla uyumu olan “Alt Yapı Eksiklikleri” %20,5 oranında kurumsal zayıflık olarak görülmüştür. Binanın Huzurevine uygun olmayışı ile çok yakından ilgili olan alt boyutlara eklenmesi olağan olan diğer iki boyut da şöyledir: hobi faaliyet atölyelerinin olmayışı % 15,2 ve tek kişilik odaların az olması % 13,4 şeklinde vurgulanmıştır.

4.5.2.3. Personel Nitel, Nicel Durum Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 25: Zayıf Yönler Boyutu: Personel Nitel, Nicel Durum ve Alt Boyutları

Personel Nitel, Nicel Durum					
		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Bakım elemanlarının eğitiminin yetersizliği	6	5,3	6,7	6,7
	Hizmet içi eğitim programlarının azlığı	12	10,6	13,3	20,0
	Hizmetin özelliğinden dolayı çalışanların psikolojik yıpranması	5	4,4	5,6	25,6
	Meslek elemanlarının alanında uzmanlaşmamış olması	9	8,0	10,0	35,6
	Psikolog bulunmaması	5	4,4	5,6	41,1
	Sağlık personelinin azlığı (doktor, hemşire, fizyoterapist)	37	32,7	41,1	82,2
	Satın alma İşlerinde Uzman Memurun Bulunmaması	14	12,4	15,6	97,8
	İdarecilerin kadrolu olmamasından sürekli değişmesi	2	1,8	2,2	100,0
	Toplam	90	79,6	100,0	
Toplam		113	100,0		

Zayıf yönler kategorisinin üçüncü önemli alt boyutu Tablo 25 “personel Nitel, Nicel Durum” dur ve bunun altındaki en yüksek orana sahip alt boyut %41,1 ile sağlık personelinin (doktor, hemşire, fizyoterapist vb.) azlığı olarak belirlenmiştir. Arkasından satın alma işlerinden anlayan uzman memurların olmaması %15,6 ve Hizmet içi eğitim programlarının azlığı %13,3 oranında üzerinde durulan boyutlar olmuştur.

4.5.2.4. Farklı Yaşlı Grupları Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 26: Zayıf Yönler Boyutu: Farklı Yaşlı Grupları ve Alt Boyutları

Farklı Yaşlı Grupları		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Acil yaşlı kabullerinden dolayı kapasite üstü hizmet	2	1,8	2,4	2,4
	Bakım yaşlısı ile sağlıklı yaşlının birlikte bakılması	22	19,5	25,9	28,2
	Bakım Yaşlısı sayısının Artması	6	5,3	7,1	35,3
	Farklı Hastalıklara Sahip Yaşlıların Bir arada Bulunması (Fiziksel, Zihinsel Vb)	16	14,2	18,8	54,1
	Huzurevi bakımına uygun olmayan kişilerin kuruluştaki misafir edilmesi	9	8,0	10,6	64,7
	Ücretli, Ücretsiz Yaşlıların Bir arada Kalması	6	5,3	7,1	71,8
	Yaşlıların farklı SED’den gelmeleri	22	19,5	25,9	97,6
	Yaşlıların fiziksel, sosyal, psikolojik gerilemelerine göre ayrıştırılmamaları	2	1,8	2,4	100,0
	Toplam	85	75,2	100,0	
Toplam		113	100,0		

Zayıf yönlerin dördüncü en önemli başlığı, Tablo 26, “Farklı yaşlı grupları” dır Bu kategorinin altında ise %25,9 ile iki boyut eşdeğer önemli bulunmuştur. Bunlardan birincisi” Bakım yaşlısı ile sağlıklı yaşlının aynı ortamda bakılması” ikincisi ise farklı sosyo-ekonomik seviyelerden gelmiş yaşlıların birlikte bakılmasıdır. Ardından “farklı hastalıklara sahip yaşlıların birlikte bakılması” %19,8 oranı ile ve Huzurevi bakımına uygun olmayan yaşlıların huzurevinde misafir olarak barındırılmaları da %10,6 oranı ile diğerlerini takip etmektedir.

4.5.2.5. Yaşlılık Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 27: Zayıf Yönler Boyutu: Yaşlılık ve Alt Boyutları

Yaşlılık		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Aile ilişkilerinin kopmuş olması, yaşlı zihin sağlığını olumsuz etkilemesi	7	6,2	15,9	15,9
	Alt Sosyo-ekonomik Gruba Hizmet Verilmesi	4	3,5	9,1	25,0
	Çok Farklı Hastalıklara Sahip Yaşlıların Bir arada Bulunması (Fiziksel, Zihinsel vb.)	7	6,2	15,9	40,9
	Demans vb. Hastalıklardan Dolayı Anlaşmazlıkların Çözümünün Zorlaşması	4	3,5	9,1	50,0
	Hizmet alan yaşlıların yakınları ile irtibatının kopma noktasına gelmesi, yaşlı zihin sağlığının olumsuz etkilenmesi	9	8,0	20,5	70,5
	Yaşlıların aktif yaşam isteğinin az olması	8	7,1	18,2	88,6
	Yaşlıların huzurevini zorunluluktan tercih etmeleri	2	1,8	4,5	93,2
	Yaşlıların tükenmişliklerinden dolayı gayri memnun olmaları	3	2,7	6,8	100,0
	Toplam	44	38,9	100,0	
Toplam		113	100,0		

Zayıf yönlerin beşinci önemli kategorisi Tablo 27 “Yaşlılık” alt boyutunun %20,5 ’lik orana sahip boyutu yaşlıların aileleri ile irtibatlarının kopma noktasına gelmesi veya kopmuş olması ve bundan yaşlı zihninin olumsuz etkilenmesidir. Ardından yaşlıların aktif yaşama konusundaki isteksizlikleridir.(%18,2) Fiziksel ve

zihinsel rahatsızlıkları olan tüm yaşlıların bir arada bulunması da zayıf yön olarak belirtilmiştir.(% 15,9)

4.5.3 Fırsatlar Kategorisi Alt Boyutlar Karşılaştırması

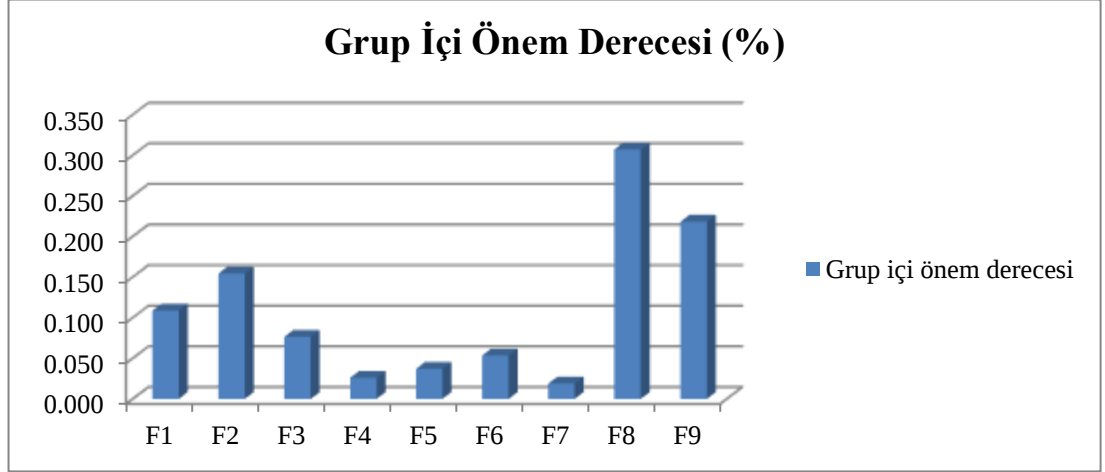
Tablo 28: Fırsatlar İçin Grup İçi Önem Derecesi Karşılaştırma Matrisi

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	W (Önem der.)
F1	1	0,5	2	5	4	3	6	0,25	0,333	0,109
F2	2	1	3	6	5	4	7	0,333	0,5	0,154
F3	0,5	0,333	1	4	3	2	5	0,2	0,25	0,076
F4	0,2	0,167	0,25	1	0,5	0,333	2	0,125	0,142	0,026
F5	0,25	0,2	0,333	2	1	0,5	3	0,142	0,167	0,037
F6	0,333	0,25	0,5	3	2	1	4	0,167	0,2	0,053
F7	0,167	0,142	0,2	0,5	0,333	0,25	1	0,111	0,125	0,019
F8	4	3	5	8	7	6	9	1	2	0,307
F9	3	2	4	7	6	5	8	0,5	1	0,218

Tablo 29’de verildiği gibi CR ölçütü 0,034 olarak bulunmuştur. Bu tablo 28’de verilen karşılaştırmaların tutarlı olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre Fırsatlar boyutunda en önemli alt boyut %30,7 ile F8 (Hizmet yöntem, anlayış) olmuştur. Bunu %21,8 ile F9 (Benzer Özellikteki Yaşlılar) ve %15,4 ile F2 (Binanın konumu) takip etmiştir. Buna göre kurum çalışanları en önemli fırsat olarak F8 (Hizmet yöntem, anlayış) alt boyutunu göstermişlerdir. Fırsatlar boyutunun alt boyutlarının grup içi önem derecesi sütun grafiği Şekil 7’de verilmiştir. Grafik incelendiğinde F8 (Hizmet yöntem, anlayış) ve F9 (Benzer özellikte yaşlılar) alt boyutlarının oldukça önemli olduğu, F4 (İmaj) ile F7 (Mevzuat ve merkezi yönetim) boyutlarının önem derecesinin en düşük boyutlar olduğu görülebilir.

Tablo 29: Fırsatlar Kategorisi İçin Belirleyici Ölçütler

Lamda_max	CI	CR
9,399	0,050	0,034



Şekil 7: Fırsatlar İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği

F8- Hizmet Yöntem ve Anlayışı %30,7

F9- Benzer özellikteki yaşlılar %21,8

F2- Binanın Konumu %15,4

F1- Sağlık Hizmeti Sunumu %10,9

F3- Fiziksel Koşullar %7,6

Fırsatlar kategorisi içinde tespit edilen beş boyutun her biri için alt grup değerlendirmeleri aşağıdaki tablo ve şekillerle incelenmiştir.

4.5.3.1. Hizmet, Yöntem, Anlayış Boyutu Alt ve Alt Boyutları

Tablo 30: Fırsatlar Kategorisi : Hizmet, Yöntem, Anlayış ve Alt Boyutları

Hizmet, Yöntem, Anlayış		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Yaşlının sosyalleşmesine imkân verilmesi	10	16,4	18,9	18,9
	Yaşlıların aile ortamında bakılması	4	6,6	7,5	26,4
	Sunulan hizmetin çok iyi standartta olması	11	18,0	20,8	47,2
	Sosyal kültürel etkinlikler yapılması	12	19,7	22,6	69,8
	Yaşlıların sağlıklı bakılması hassasiyet	7	11,5	13,2	83,0
	Yaşlıya sabır ve saygı ve hoşgörü gösterilmesi	2	3,3	3,8	86,8
	Küçük kapasiteli ve tek kişilik odaları olan huzurevi anlayışı	2	3,3	3,8	90,6
	Temizlik Ve Bakım Hizmetlerinin Hizmet alımı Yoluyla Yapılması	5	8,2	9,4	100,0
	Toplam	53	86,9	100,0	
Toplam		61	100,0		

Fırsatlar kategorisi, “Hizmet yöntem ve Anlayış” başlıklı alt boyut açılımları %22,6 oranıyla sosyo-kültürel etkinlikler yapılıyor olması kurumsal bir fırsat olarak değerlendirilmiştir. Sunulan hizmetin iyi standartta olduğuna dair olan fırsat algısı ise %20,8 olarak görülmüştür. Yine yapılan sosyo- kültürel etkinliklerle bağlantılı olarak %18,9 oranında da yaşlının sosyalleşmesine katkı sağlanması bir fırsat olarak nitelendirilmiştir. Yaşlının sağlıklı bakılmasına hassasiyet gösterilmesinin %13,2 oranında önemli olduğu üzerinde durulmuştur. Son olarak da temizlik ve bakım hizmetinin, hizmet alımı yoluyla yaptırılıyor olması % 9,4 hizmet kalitesine katkı sağlaması açısından bir fırsat olduğu üzerinde durulmuştur.

4.5.3.2. Benzer Özellikteki Yaşlılar Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 31: Fırsatlar Kategorisi: Benzer Özellikteki Yaşlılar ve Alt Boyutları

Benzer Özellikteki Yaşlılar		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Yaşlıların Sosyo-ekonomik düzeyinin Benzer Olması	4	6,6	14,8	14,8
	Ücretsiz yaşlı sayısının az olması	2	3,3	7,4	22,2
	Ücretli yaşlı sayısının fazla olması	6	9,8	22,2	44,4
	Ücretin yaşlıların gelirlerine uygun olması	2	3,3	7,4	51,9
	Sağlıklı yaşlıların çoğunlukta olması	2	3,3	7,4	59,3
	Eğitim düzeyi benzer yaşlıların çokluğu	4	6,6	14,8	74,1
	Bakım yaşlısı için farklı binalar varlığı	7	11,5	25,9	100,0
	Toplam	27	44,3	100,0	
Toplam		61	100,0		

Fırsatlar kategorisi, “Benzer özellikteki yaşlılar” başlığının alt boyut açılımları %25,9 oranıyla bakım yaşlısı için farklı bina ya da ünitenin varlığı ve %22,2 oranıyla ücretli yaşlının fazla olması fırsat olarak değerlendirilmiştir. Ardından %14,8 oranıyla yaşlıların benzer sosyo-ekonomik seviyeden gelmeleri ve eğitim düzeylerin yakın olan yaşlıların bir arada olması hizmet sunumunu olumlu etkileyen fırsatlar olarak değerlendirilmiştir. Alandaki profesyoneller tarafından yaşlıların sosyo-kültürel ve sağlık durumlarına (fiziksel, ruhsal, zihinsel) göre farklı alanlarda bir arada bakılmasının daha iyi olacağı yönünde kanaat bildirilmiştir.

4.5.3.3. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 32: Fırsatlar Kategorisi: Binanın Konumu ve Alt Boyutları

Binanın Konumu		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	İlçe yaşlısının memleketinden ayrılmamış olması	3	4,9	4,9	4,9
	İldeki tek huzurevi olması	4	6,6	6,6	11,5
	Konumunun güzel olması	15	24,6	24,6	36,1
	İl geneline hizmet verecek kapasite	1	1,6	1,6	37,7
	Şehir merkezine yakınlık	10	16,4	16,4	54,1
	Termal tesislerin bulunması	4	6,6	6,6	60,7
	Ulaşım kolaylığı	15	24,6	24,6	85,2
	Üniversiteye yakın olması	9	14,8	14,8	100,0
	Toplam	61	100,0	100,0	

Fırsatlar kategorisi, binanın konumu boyutunun altındaki en önemli iki boyut %24,6 ile ulaşımın kolay olması ile güzel bir konumda bulunuyor olması belirlenmiştir. Şehir merkezine yakınlık %16,4 ve bu değere yakın olarak %14,8 ile üniversiteye yakınlık fırsat olarak belirtilmiştir. Başlıklar incelendiğinde üniversiteye yakınlık hem üniversitesi hastanesine yakınlık anlamında hem de üniversitenin bakım, fizyoterapi gibi bölümlerinin varlığı kuruma katkı sağladığı yönünde görüşler bildirilmiştir.

4.5.3.4. Sağlık Hizmet Sunumu Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 33: Fırsatlar Kategorisi : Sağlık Hizmet Sunumu ve Alt Boyutları

Sağlık Hizmet Sunumu		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Aile Hekimine Yakın Olması	4	6,6	17,4	17,4
	Doktorun Olması	1	1,6	4,3	21,7
	Fizyoterapi Servisinin Olması	3	4,9	13,0	34,8
	Hastaneden Uzman Doktorun Getirilmesi	2	3,3	8,7	43,5
	Hastaneye Yakın Olması	4	6,6	17,4	60,9
	Düzenli Sağlık Kontrolleri	3	4,9	13,0	73,9
	Sağlık Kuruluşlarına Kolay Ulaşım	3	4,9	13,0	87,0
	Üniversite Hastanesine Yakın Olması	3	4,9	13,0	100,0
	Toplam	23	37,7	100,0	
	Toplam	61	100,0		

Fırsatlar kategorisi sağlık hizmet sunumu başlığı alt boyutların de, önemli fırsat olarak %17,4 ile kurumun hastaneye yakın olması ve Aile hekimine yakın olması önemli fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bunları %13 ile üniversite hastanesine yakın olunması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılabiliyor olması ve fizyoterapi servisinin olması boyutları fırsat olarak belirtilmiştir. Yukarıdan anlaşılan yaşlıların ciddi anlamda sağlık desteğine ihtiyaç duyduğudur. Bu anlamda bu destek ya kurum içinde sağlanmalı veya kurumun yakında sağlık desteği alınabilecek noktalar olmalıdır.

4.5.3.5. Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 34: Fırsatlar Kategorisi: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları

Fiziksel Koşullar		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Spor salonunun bulunması	1	1,6	2,7	2,7
	Odaların en fazla iki kişilik olması	3	4,9	8,1	10,8
	Kütüphane hizmeti	1	1,6	2,7	13,5
	Kapasitenin az buna bağlı olarak hizmet kalitesinin yüksek olması	7	11,5	18,9	32,4
	Hobi faaliyet alanları	5	8,2	13,5	45,9
	Geniş bir arazi üzerinde bulunması	1	1,6	2,7	48,6
	Fiziki yeterliliği	8	13,1	21,6	70,3
	Bahçesinin geniş olması	11	18,0	29,7	100,0
	Toplam	37	60,7	100,0	
Toplam		61	100,0		

Fırsatlar kategorisi fiziksel koşullar başlığı alt boyutların da önemli fırsat olarak %29,7 ile kurumun bahçesinin olması ve %21,6 ile binanın alt-yapı şartlarının yeterliliği ve kapasitenin az olmasının hizmet kalitesini arttırdığı %18,9 oranında fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bunları %13,5 ile üniversite hastanesine yakın olunması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılabiliyor olması ve fizyoterapi servisinin olması boyutları fırsat olarak takip etmiştir.

4.5.4.Tehditler Kategorisi Alt Boyutlarının Karşılaştırması

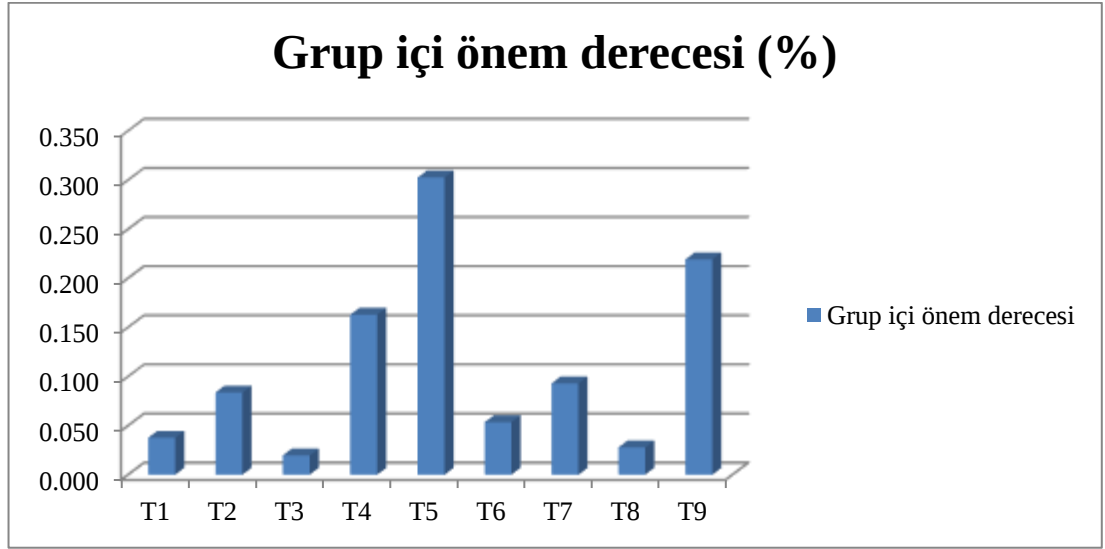
Tablo 35: Tehditler İçin Grup İçi Önem Derecesi Karşılaştırma Matrisi

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	W (Önem der.)
T1	1	0,333	3	0,2	0,142	0,5	0,25	2	0,167	0,038
T2	3	1	4	0,333	0,2	3	0,5	5	0,25	0,084
T3	0,333	0,25	1	0,142	0,111	0,2	0,167	0,5	0,142	0,020
T4	5	3	7	1	0,333	4	3	5	0,5	0,163
T5	7	5	9	3	1	5	4	7	2	0,303
T6	2	0,333	5	0,25	0,2	1	0,333	2	0,2	0,054
T7	4	0	6	0,333	0,25	3	1	5	0,333	0,093
T8	0,5	0,2	2	0,2	0,142	0,5	0,2	1	0,142	0,028
T9	6	4	7	2	0,5	5	3	7	1	0,219

Tablo 36’da verildiği gibi CR ölçütü 0,032 olarak bulunmuştur. Bu tablo 35’de verilen karşılaştırmaların tutarlı olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre Tehditler boyutunda en önemli alt boyut %30,3 ile T5 (Fiziksel koşullar) olmuştur. Bunu %21,9 ile T9 (Yaşlılık) ve %16,3 ile T4 (Personel nitel, nicel durum) takip etmiştir. Buna göre kurum çalışanları en önemli tehdit olarak T5 (Fiziksel koşullar) alt boyutunu göstermişlerdir. Tehditler boyutunun alt boyutlarının grup içi önem derecesi sütün grafiği Şekil 8’de verilmiştir. Grafik incelendiğinde T5 (Fiziksel koşullar) ve T9 (Yaşlılık) alt boyutlarının oldukça önemli olduğu, T3 (Mevzuat ve merkezi yönetim) ile T8 (Huzurevi İhtiyacının Artması) boyutlarının ise diğer boyutlara göre önem derecelerinin az olduğu göze çarpmaktadır.

Tablo 36: Tehditler Boyutu İçin Belirleyici Ölçütler

Lamda_max	CI	CR
9,374	0,047	0,032



Şekil 8: Tehditler İçin Grup İçi Önem Derecesinin Sütun Grafiği

T5- Fiziksel Koşullar % 30,3

T9- Yaşlılık % 21,9

T4- Personel nitel, nicel durum % 16, 3

T7- Hizmetin Ayrıştırılmaması % 9,3

T2- Binanın Konumu %8,4

4.5.4.1. Fiziksel Koşullar Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 37: Tehditler kategorisi: Fiziksel Koşullar ve Alt Boyutları

Fiziksel Koşullar		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Afet anında tahliyeyi kolaylaştıracak donanımın olmaması	4	3,5	9,3	9,3
	Asansör bulunmaması	2	1,8	4,7	14,0
	Binanın alt yapı sorunları	9	8,0	20,9	34,9
	Binanın eski olması	10	8,8	23,3	58,1
	Çok katlı bina olması düşme veya intihar teşebbüsü ihtimali	5	4,4	11,6	69,8
	Günün şartlarına uygun huzurevi modelleri belirlenmemesi	4	3,5	9,3	79,1
	Odaların tek kişilik olmayışı	4	3,5	9,3	88,4
	Binanın huzurevi olarak inşa edilmemiş olması	5	4,4	11,6	100,0
	Toplam	43	38,1	100,0	
Toplam		113	100,0		

Tehditler kategorisinin ilk başlığı “fiziksel koşullar”(T5) alt boyutlarında, en önemli tehdit olarak %23,3 oran ile binanın eski olması ve binanın eski olmasına bağlı olarak yaşanan alt yapı eksiklikleri %20,9 oranında tehdit olarak bildirilmiştir. Binanın Huzurevi olarak inşa edilmemiş olması ve çok katlı olmasından dolayı da düşme vb. ihtimallerin tehlike oluşturması %11,6 oranında tehdit olarak görülmüştür.

4.5.4.2. Yaşlılık Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 38: Tehditler Kategorisi: Yaşlılık Başlığı ve Alt Boyutları

Yaşlılık		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Personelin Yıpranması	5	4,4	10,0	10,0
	Hizmet Verilen Grubun Memnuniyetini Zor Olması	13	11,5	26,0	36,0
	Personelin Sosyal Ve Fiziksel Saldırlara Maruz Kalma Riskinin Yüksek Olması	7	6,2	14,0	50,0
	Sosyo-kültürel Etkinliklere Katılım Yetersiz	5	4,4	10,0	60,0
	Yaşlıların Düşük Sosyo-kültürden Gelmeleri	6	5,3	12,0	72,0
	Yaşlılarda Alzheimer, Demans vb. Psikiyatrik Hastalıklar	5	4,4	10,0	82,0
	Yaşlıların Önceki Problemleri Yaşamları	6	5,3	12,0	94,0
	Yaşlıların Yalnızlaşma Problemi	3	2,7	6,0	100,0
	Toplam	50	44,2	100,0	
Toplam		113	100,0		

Tehditler kategorisi ikinci başlığı “yaşlılık” (T9) alt boyutlarında, en önemli tehdit olarak %26 hizmet sunulan grubun zor memnun olması, % 14 ile de personelin fiziksel ve psikolojik saldırılara maruz kalması ve %12 ile yaşlıların düşük sosyo-kültürel seviyeden gelmeleri ile önceki yaşamlarının travmatik ve problemleri olması; yaşlı bakımını zorlaştıran kalitesini tehdit eden öncelikli unsurlar olarak görülmektedir.

4.5.4.3. Personel Nitelik, Nicelik Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 39: Tehditler Boyutu: Personel Nitelik, Nicelik ve Alt Boyutları

Personel Nitelik, Nicelik		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Norm kadro uygulamasının olmaması	8	7,1	17,0	17,0
	Düşük özlük haklarından dolayı nitelikli personel temin güçlüğü	4	3,5	8,5	25,5
	Hizmet alım personelinin tahsil durumu	8	7,1	17,0	42,6
	Mesai saatleri dışında sağlık elemanı bulundurulamaması	3	2,7	6,4	48,9
	Personelin geriatri konusunda eğitimsiz olması	7	6,2	14,9	63,8
	Teknolojinin iyi kullanılamaması	5	4,4	10,6	74,5
	Uzmanlaşmış personel eksikliği	8	7,1	17,0	91,5
	Meslek elemanlarının sayısının yetersiz oluşu	4	3,5	8,5	100,0
	Toplam	47	41,6	100,0	
Toplam		113	100,0		

Tehditler kategorisi üçüncü başlığı “Personel Nitelik ve Nicelik” (T4) alt boyutların de, en önemli tehdit olarak %17 hizmet alımı personelinin öğrenim durumu ve norm kadro uygulamasının olmaması belirtilmiştir. %14,9 ile personelin geriatri konusunda yetersiz bilgiye sahip olması ve %10,6 oranı ile teknolojinin yeterince kullanılmaması yaşlı kurum bakımı hizmetlerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

4.5.4.4. Hizmetin Ayırışmaması Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 40: Tehditler Boyutu: Hizmetin Ayırışmaması ve Alt Boyutları

Hizmetin Ayırışmaması		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Huzurevi bakımına uygun olmayan kişilerin kuruluşa gelmesi	9	8,0	22,0	22,0
	Karma kuruluş olmasından dolayı kamu oyunda yanlış anlaşılması	4	3,5	9,8	31,7
	Rehabilitasyon bölümünde kapasitenin yeterli olmaması	6	5,3	14,6	46,3
	Sağlıklı yaşlı ile bakım yaşlısının birlikte bakılması	6	5,3	14,6	61,0
	Sağlıklı yaşlıların bakıma muhtaç olanlardan olumsuz etkilenmesi	3	2,7	7,3	68,3
	Verilen hizmette sağlık hizmetlerinin ayrıştırılamaması	6	5,3	14,6	82,9
	Farklı engel grubundaki yaşlıların birbirine zarar vermesi	5	4,4	12,2	95,1
	Sağlık taraması yapılmadan savcılık tarafından kuruluşa gönderilmesi	2	1,8	4,9	100,0
	Toplam	41	36,3	100,0	
Toplam		113	100,0		

Tehditler kategorisi dördüncü başlığı “hizmetin ayırışmaması” (T7) alt boyutların de, en önemli tehdit olarak %22 huzurevi bakımına uygun olmayan kişilerin kuruluşa gelmesi olarak belirtilmiştir. % 14,6 ile de sağlıklı yaşlı ile bakım yaşlısının ayrıştırılamaması ve sunulan hizmetlerde sağlık hizmetlerinin ayrıştırılamaması ile rehabilitasyon bölümlerinde yeterli kapasitenin olmamasından kapasite üstü çalışılması, %12,2 Farklı engel grubundaki yaşlıların birbirine zarar vermesi tehdit olarak belirtilmiştir.

4.5.4.5. Binanın Konumu Boyutu ve Alt Boyutları

Tablo 41: Tehditler Boyutu: Binanın Konumu ve Alt Boyutları

		Sıklık	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Akşam ve Gece Toplu Ulaşımın Zorluğu	2	1,8	8,0	8,0
	Hastanelere Uzak Olması	4	3,5	16,0	24,0
	Ruh Sağlığı Hastanesi İle Bitişik Olması	2	1,8	8,0	32,0
	Merkeze Ulaşımın Zor Olması	8	7,1	32,0	64,0
	Merkezde Olmasından Dolayı Çok Fazla Ziyaretçi Gelmesi	1	,9	4,0	68,0
	Yetiştirme Yurdu İle Komşu Olması	2	1,8	8,0	76,0
	Yol Kenarında Olması	5	4,4	20,0	96,0
	Arazinin Engebeli Olması	1	,9	4,0	100,0
	Toplam	25	22,1	100,0	
Toplam		113	100,0		

Tehditler kategorisi beşinci başlığı “Binanın konumu” (T2) alt boyutların de, en önemli tehdit olarak; %32 merkeze ulaşımın zor olması, % 20 kuruluşun yol kenarına yakın olması, %16 ile de hastanelere uzak olması belirtilmiştir.

4.5.5. GZFT Boyutlarının Kendi Aralarında Karşılaştırılması

Son olarak boyutların ve alt boyutların genel önem derecelerini karşılaştırmak amacıyla, GZFT boyutları için yeni bir karşılaştırma matrisi oluşturulmuştur. Böylece bu boyutların kendi aralarındaki önem dereceleri ve buna bağlı olarak alt boyutların genel önem dereceleri elde edilmiştir. Boyutların göreceli önem dereceleri belirlenirken genel boyut olarak her bir boyutun en büyük özdeğeri alınmıştır (Lamda_max). Daha sonra alan uzmanının da görüşü alınarak karşılaştırmaya son şekli verilmiştir.

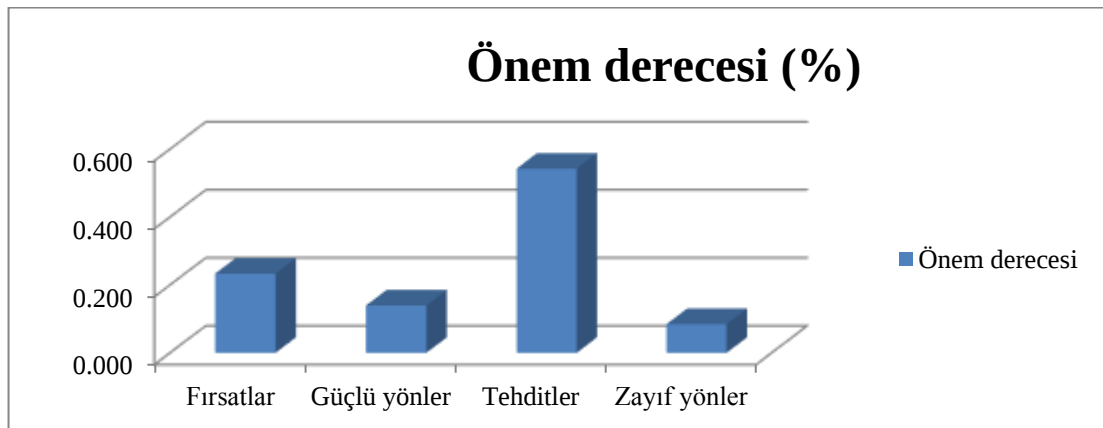
Tablo 42: GZFT Boyutları İçin Grup İçi Önem Derecesi Karşılaştırma Matrisi

	F	G	T	Z	W (Önem derecesi)
F	1	2	0,333	3	0,233
G	0,5	1	0,25	2	0,140
T	3	4	1	5	0,542
Z	0,333	0,5	0,2	1	0,085

Tablo 43: GZFT Boyutları İçin Belirleyici Ölçütler

Lamda_max	CI	CR
4,051	0,017	0,019

GZFT boyutlarının kendi aralarındaki karşılaştırma için CR ölçütü 0,019 bulunmuştur. Bu yapılan karşılaştırmanın tutarlı olduğunu göstermektedir. AHP analizi sonuçları Tablo 44 ve Şekil 9’da verilmiştir. Bulgulara göre çalışanlar için Tehditler boyutu belirgin olarak en önemli görülmektedir. Bu boyutun önemi %54,2 bunu izleyen fırsatlar boyutunun önemi ise %23,3 olarak bulunmuştur. En düşük öneme sahip boyut ise %8,5 ile Zayıf yönler boyutu bulunmuştur. Bu sonuçlarda araştırmanın güvenilirliğini teyit etmektedir.



Şekil 9: GZFT Boyutları İçin Grup İçi Önem Derecesi Sütun Grafiği

GZFT boyutlarının önem derecelerine göre, alt boyutlar ağırlıklandırılarak, her bir alt boyutun genel (tüm alt boyutlar arasında) önem derecesi elde edilmiş elde edilen bulgular Tablo 44’de verilmiştir.

Tablo 44: GZFT Boyutlarının Genel Değerlendirmesi

	0,233	Grup İçi	Genel
F1		0,109	0,025
F2		0,154	0,036
F3		0,076	0,018
F4		0,026	0,006
F5		0,037	0,009
F6		0,053	0,012
F7		0,019	0,004
F8		0,307	0,072
F9		0,218	0,051
	0,140	Grup İçi	Genel
G1		0,060	0,008
G2		0,025	0,004
G3		0,036	0,005
G4		0,149	0,021
G5		0,299	0,042
G6		0,221	0,031
G7		0,113	0,016
G8		0,079	0,011
G9		0,019	0,003
	0,542	Grup İçi	Genel
T1		0,038	0,020
T2		0,084	0,045
T3		0,020	0,011
T4		0,163	0,088

T5		0,303	0,164
T6		0,054	0,029
T7		0,093	0,050
T8		0,028	0,015
T9		0,219	0,119
	0,085	Grup İçi	Genel
Z1		0,148	0,013
Z2		0,225	0,019
Z3		0,021	0,002
Z4		0,039	0,003
Z5		0,075	0,006
Z6		0,102	0,009
Z7		0,308	0,026
Z8		0,058	0,005
Z9		0,024	0,002

Boyutların birbiri ile karşılaştırılmasında elde edilen önem derecelerine göre alt boyutların önem derecelerinin tekrar elde edilmesi Tablo 44’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde genel durumda en önemli madde T5 (Fiziksel Koşullar) (%16,4) maddesi olmuştur. Karşılaştırmada en önemli boyut olarak açık ara Tehditler boyutunun elde edilmiş olmasının etkisi genel önem derecelerinde görülmektedir. Çünkü, en yüksek önem derecesine sahip üç madde de (T2- Binanın Konumu, T9- Yaşlılık ve T4- Personel nitel, nicel durum) bu boyuttadır. Bu da çalışanlar için tehditler boyutunun önemini göstermektedir. Ayrıca genel önem derecesinde fırsatlar boyutundan F2 (Binanın konumu) maddesinin önemi %7,2, Güçlü yönler boyutundan G5 (Binanın Konumu) maddesinin önemi %4,2 ve Zayıf yönler boyutundan Z7 (Binanın Konumu) maddesinin önem derecesi %2,6 olarak bulunmuştur.

4.6. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Bir Model Önerisi

4.6.1. Modelin Unsurları

Literatürdeki araştırmalarımız, örnek ülke uygulamaları ve Türkiye’deki HYBRM’nde yaptığımız betimsel araştırma sonuçlarına göre yaşlı bakım hizmetini etkileyen altı önemli unsur tespit edilerek çalışmanın sonunda da bu unsurlardan hareketle model önerisi oluşturulmuştur. Modelin unsurları (Yasal çerçeve, örgütlenme biçimi, fiziksel yapı, Personel durumu, hizmet sunumu) Türkiye uygulaması açısından aşağıda değerlendirilecektir.

4.6.1.1.Yasal Çerçeve

GZFT analizinde (Güçlü Yönler, Fırsatlar Zayıf Yönler ve Tehditler) önem derecesi görece düşük olmakla birlikte mevzuatın yenilenmesine dair görüş bildirilmiştir. Güçlü yönler boyutunda merkezi yönetimin bütçe açısından sağladığı imkân önemli bulunmuş, Tehditler boyutundan mevzuat açısından ihtisaslaşmış yaşlı bakım merkezlerinin olmamasının hizmet açısından tehdit oluşturduğu vurgulanarak, Zayıf yanlar boyutunda merkezi yönetimden dolayı bürokrasinin yoğunluğu nedeniyle hizmetin hantallığına dikkat çekilmiştir.

Türkiye’de Kurumsal yaşlı bakım hizmet sunumunu etkileyen üç yönetmelik vardır. Bu yönetmelikler: 1. Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği (R.G.:21.02.2001/24325), 2. Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği (7.08.2008/26960)”, 3.Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliklerdir. (R.G.:5.4.1987/19422) Yönetmelikler, yasaların uygulamadaki açıklamaları ve aynı zamanda uygulamaların planı ve yol göstericisidirler.

Yasal alt yapı kurumsal bakıma ilişkin standartlar için çok önemli başlangıç noktası olduğu gibi, örgütlenme şeklinin belirlenmesi ve yönetsel olarak da sınırların çizilmesinde de oldukça önemlidir. Mevzuat, hizmet verecek kişilerin, görev tanımlarını meslek çeşitlerini içinde barındırmış olduğundan da hizmet alanların, nitelikli hizmete erişim anlamında da haklarının korunması, hizmet alması

muhtemel tüm yaşlı nüfusu için geleceğe ilişkin güvenli bakım sağlanması ile ilgili güvence vermesinden dolayı çok önemlidir.

Bu anlamda Türkiye'deki bakım hizmetlerinin genel çerçevesini belirleyen Yasal alt yapıyı; çalışmamız boyunca elde ettiğimiz sonuçlara göre ortaya çıkan ve kurumsal yaşlı bakımı sırasında önemli olan; örgütlenme biçimi, personel durumu, fiziksel koşullar, çevresel koşullar, hizmet sunumu parametreleri açısından üç yönetmeliği karşılaştırarak değerlendireceğiz.

Örgütlenme biçimi açısından baktığımızda, yaşlı bakım hizmetleri; Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Kurum ve Kuruluşları, Yerel Yönetimler-Belediyeler, Dernek ve Vakıflar, Azınlıklar, Gerçek kişiler (Özel) tarafından verilebilmektedir. Yerel yönetimler bu yönetmeliklerden hareketle kendi yönetmeliklerini hazırlayarak bakım hizmetini vermekte Özel HYBRM bahsi geçen yönetmelik çerçevesinde hizmet sunmaktadır. Dolayısıyla fiziksel koşullar, çevresel şartlar hizmet içeriği, personel sayısı ve yeterliliği ile ilgili standart bir durum nispeten oluşmakla birlikte ortak kaliteyi gösterecek ortak parametrelere ulaşmak zordur. Belirlediğimiz ve hizmet sektörü için literatüründe önemli bulduğu beş boyutu, üç yönetmeliğin içeriğine göre değerlendirdiğimizde:

1. Fiziksel yapı açısından kamu kurumlarına ait huzurevlerinde iki bölümden bahsedilmektedir. Giriş katlarının bakım yaşlısına uygun olarak tefriş edilerek sağlıklı yaşlı tabiri ile değerlendirilen diğer yaşlıların yaşam alanlarından ayrıştırılarak aynı bina içerisinde farklı iki bölüm şeklinde düzenlenmesi yolunda uygulama söz konusudur. Aynı durum özel HYBRM için de geçerlidir.

Kamu kurumlarına ait huzurevleri bünyesinde açılacak huzurevleri yönetmeliği'nin "Kuruluş Bölümleri ve Özellikleri" başlığı altındaki bölümde, huzurevlerinin tüm bölümleri hakkında bilgi verilmektedir. Bu bilgilere göre; yatak odalarının kaç kişilik olabileceği, oda tavan yüksekliklerinin kaç cm olması gerektiği, odada zorunlu bulunması gereken mobilyaların neler olduğu, Oturma salonları, yaşlıların bir arada oturup sohbet edebilecekleri, satranç, dama, tavla v.b. oynayabilecekleri, televizyon izleyebilecekleri şekilde düzenlenmeli, pencere önlerinden dışarıyı seyredebilmeleri sağlanmalıdır. Yemek salonları yaşlıların toplu olarak yemeklerini yiyebilecekleri ve yorulmadan ulaşabilecekleri merkezi bir yerde düzenlenmelidir. İstenirse büyük bir yemek salonu yerine her kat yada bölümde ayrı

daha küçük yemek salonları düzenlenebilir. Mutfak sürekli temiz ve düzenli tutulabilecek nitelikte, aydınlık bir yerde bulunmalıdır. Bulaşıkların yıkanacağı lavabo ayrı olmalıdır. Mutfaktan yaşlı odaları ve oturma salonlarına yemek kokusunun yayılmaması için tedbir alınmalıdır.

Aynı yönetmeliğin, Özel Bakım Bölümü: Madde 14- “Akıl ve ruh sağlığı yerinde, bulaşıcı ve sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan ağır felçli, sakat, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerdeki yaşlıların bakım ve korunmalarını sağlamak amacıyla huzurevleri bünyelerinde özel bakım bölümleri kurulabilir, ya da huzurevleri doğrudan bu amaca yönelik hizmet verebilirler” denilmektedir.

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, madde 8 (3) Yatak odalarının genişliği ve kuruluşun diğer bölümlerinin yeterliliği dikkate alınarak kapasite belirleneceği ve madde 23 (1) “Her kuruluştaki, binanın fiziksel koşullarına ve olanaklarına uygun olarak düzenlenmiş yönetim odası, sosyal servis, fizik tedavi bölümü, revir, yatak odaları, oturma salon ve köşeleri, yemek salonu, mutfak, banyo, tuvalet, çamaşırhane ve diğer ihtiyaç duyulan bölümler bulunur.

Bu bölümlerin belirlenen kapasiteye cevap verebilecek büyüklükte olması gerekir. Girişte danışma, telefon kabini ve alarm panosu ve çok katlı binalarda asansör bulunur. c) Yatak odaları; (1) Tek, iki, üç veya dört kişilik olarak düzenlenebilir. Banyo ve tuvalet hariç Tek yataklı oda 9-12 m2, iki yataklı oda 16-18 m2, üç yataklı oda 20-24 m2, dört yataklı oda 30-34 m2 ve yerden tavana yüksekliğin en az 2,60 cm olması gerekir. 2) Odalar pencere önlerinden yaşlıların dışarıyı seyredebilecekleri şekilde döşenir. Karyolalar birbirine bitişik ve eşyalar yaşlıların oda içinde rahat hareket edemeyeceği şekilde yerleştirilemez. Her odada personel çağırma zil düzeneği bulunur. 3) Her yaşlıya bir karyola, bir etajer, bir giysi dolabı bir koltuk ve sandalye verilir ve her odada bir masa veya sehpa bulunur. 4) (Değişik cümle:RG-2/6/2010-27599)

Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce açılmış olan merkezler hariç olmak üzere, tek kişilik yatak odalarında lavabo, duş ve tuvalet bulunması zorunludur. İki ve daha fazla yatak odalarında ise fiziki koşulların yeterli olması durumunda duş, lavabo ve tuvalet bölümlerinin düzenlenmesine özen gösterilir. Duş,

lavabo ve tuvaleti bulunmayan odaların bulunduğu katlarda bay ve bayanlar ayrı olmak üzere bir duş bir lavabo ve bir tuvalet bölümü düzenlenir.

5) Huzurevlerinin kapasitesi yatak odalarının genişliği esas alınarak tespit edilir. Ancak yatak odaları ve diğer bölümler arasında kapasite açısından uyum sağlanmasına ve bölümlerin de tespit edilen kapasiteye cevap verebilecek büyüklükte olmasına dikkat edilebileceğinden” bahsedilmektedir. Aynı yönetmeliğin devam eden fıkralarında mutfak, çamaşırhane, Mutfak; Banyo ve duşlar; Tuvalet ve lavaboların özelliklerinden genel özellikleri bakımından yer verilmiştir. Bahçe ile ilgili olarak Huzurevlerinde yaşlıların çıkıp dolaşabileceği, oturup hava alabileceği, boş vakitlerini geçirebileceği her yaşlıya en az üç metrekare alan düşecek bir bahçe bulunabileceğine vurgu yapılmaktadır.

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliğinin Özel bakım bölümü başlığı altında yer alan madde 24 (2) “Akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi/yaşlı bakım merkezi hizmetlerinden yararlandırılacak olan yaşlıların kuruluşun farklı bölümlerinde veya ayrı binalarda bakılması şarttır. Aynı merkez bünyesinde farklı niteliklere sahip yaşlılara bakım hizmetinin verilmesi halinde bu niteliklere uygun olarak ayrı bölümler oluşturulur ve bu bölümlerden birbirine kontrolsüz geçişi engelleyecek önlemler alınır. Yaşlı bireylerin özürleri veya sağlık sorunları sebebiyle birbirlerine ve kendilerine zarar vermemesi için her türlü güvenlik önlemleri alınır”, denilmektedir.

Sonuç olarak baktığımızda yönetmelikle arasında fiziksel koşulların özelliklerinin belirlenmesi açısından çok büyük farklar olmamasına rağmen iki farklı yönetmelik söz konusudur. İkinci ve en önemli husus bütüncül yaklaşım bakım ve huzurevi yaşlı bakımı ikiye ayrılmış olsa dahi yaşlıların spesifik problemlerine bağlı durumlarına özgü koşullara atıflar yoktur. Çoğu durum tercihe bırakılmıştır. Fiziksel koşullar için ergonomi, yaşlının yatalak, Alzheimer, demans olması vb. durumlarına göre alanın profesyoneli olan bir heyet tarafından koşullar net olarak belirlenerek detaylı ve tek yönetmeliği bağlı ek haline getirilmeli belirlenen koşullara uyum sağlayamayan merkezlere süre tanınarak uyumlaştırılma sürecine girilmelidir. Bu özellikler tüm Huzurevi ve HYBRM için geçerli olmalıdır.

2. Çevresel Koşullar: Her iki yönetmelikte de Binanın konumu ile ilgili olarak, binaların şehir merkezinde veya şehir merkezine yakın bir yerinde yaşlıların

gezip dolaşabilecekleri ve dinlenebilecekleri yeterli bir alana sahip bahçesinin olmasına özen gösterilir ve yaşlıların gidiş gelişlerinde trafik yönünden uygun ve emniyetli olması gerektiğine dair durum belirtilmekte fakat kesinlik içermemektedir. Bu özellikler tercihe ve imkanlara bırakılmıştır.

Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği “Madde (6) İl müdürlüğü, huzurevi olarak kullanılması planlanan binaya ait teknik bilgileri değerlendirir ve binanın fiziksel şartlarını dikkate alarak kullanım alanları, kapasitesi, ihtiyaç duyulan araç-gereç ile çalışacak personele il rehberlik edici bir rapor düzenler ve ilgili kamu kurum ve kuruluşuna gereği için bildirilir” denilmektedir. Bu özelliklerin ne olduğu ve değerlendirecek ekibin kimleri içerdiğine dair net bilgiler mevcut değildir.

Ayrıca Özel Huzurevleri için de bu detaylar açık ve net değildir. Oysa literatüre baktığımızda yaşlıların rehabilitasyonu açısından bahçe ve bahçe içeriği çok önemlidir ve dış alanda vakit geçirme yaşının yaşam kalitesine direk etki etmektedir.

Özellikle doğal peyzaj elemanlarının mekânda varlığı, insanın fiziksel ruhsal durumunu sağlığını iyileştirici ve yenileyici etkileri olduğu ileri sürülmektedir. Tarih boyunca, Asya ve batı kültürlerinde, hasta kişilerin tedavisinde bahçelere çok önem verilmiştir. Doğal alanlarda vakit harcamak, zihinsel yorgunluğu azaltarak, dikkat gerektiren işleri yapma konusunda kişiye destek sağlamaktadır. Bu alanlar stresin azaltılmasına yardımcı olmakta ve kişinin psikolojik ve fizyolojik performansına katkı sağlamaktadır. Özellikle çocuklar, yaşlılar ve fiziksel engeli bulunanların yaşam alanlarını sahip oldukları beceri ve gereksinimleri doğrultusunda ele alınması gerekmektedir. Yaşlılık ve çevre ilişkisi interdisipliner çalışılması gereken bir alandır. Bu yüzden yaşının yaşam kalitesinin sağlanabilmesi için ilgili uzmanlık alanlarının birlikte bu alanların hem tasarlanması ve planlanması sürecinde hem de sağlık ve yaşam refahı iyileştirme sürecinde verimli ve etkin yaşlı yaşam alanları sağlanmış (Oğuz vd. 2010: 35) olacaktır.

Bakım merkezinde yaşayan yaşlı sayısına göre, bahçenin ölçüsü ve planlamasının nasıl olacağı, hangi bölümlerin hangi yaşlı özelliklerine göre bulunacağına dair bir standart çalışması yapılması uygun olacaktır. Literatürde böyle çalışmaların varlığını bilmekteyiz. Bu çalışmalardan faydalanarak uzman bir heyet

Türk Standartları Enstitüsü bünyesinde bu çalışmayı yapabilir. Yönetmelik te bu standarda atıf yapabilir. Ayrıca ASPB denetleme veya açılması planlanan Bakım merkezleri için bu oluşturulacak standartı baz almalıdır.

3. Personel Durumu; Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği, Huzurevi Personelinin Nitelik, Nicelik ve sorumlulukları başlığı altında; Huzurevinde sorumlu müdür, sosyal çalışmacı, psikolog, tabip, fizyoterapist, diyetisyen, hemşire, **yaşlı bakıcısı** ve diğer personel çalıştırılır. Kuruluşların kapasite ve gereksinimine göre Genel Müdürlükçe uygun görülen nitelik ve sayıda müdür, müdür yardımcısı, sosyal çalışmacı, psikolog, tabip, diş tabibi, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, teknisyen, genel idare ve yardımcı hizmetler sınıfından olmak üzere çeşitli personel istihdam edilir” denilmektedir. *Her 100 kapasiteye kadar olan huzurevlerinde 1 sosyal çalışmacı görevlendirilir. Her 100 kapasiteye kadar olan huzurevlerinde 1 psikolog görevlendirilir. Her huzurevi için 1 tabip sürekli olabileceği gibi günün belirli saatleri yada haftanın belirli gün ve saatlerinde görevlendirilerek istihdam edilebilir. Her kuruluş için 1 fizyoterapist görevlendirilir. Her kuruluş için 1 diyetisyen görevlendirilir. Huzurevlerinde her 50 yaşlı için 1 hemşire görevlendirilir. Bakıcılar yaşlıların ve huzurevinin bakım ve temizlik hizmetlerini yürütmekten sorumludur. En az ilkokul öğrenimi görmüş olması şartı aranır. Her 15 yaşlı için 1 yaşlı bakıcısı görevlendirilir.*

Huzurevinde iş hacmine göre teknik, idari ve diğer hizmetlerin yürütülmesi için büro elemanları, şoför, teknisyen, teknisyen yardımcısı, kaloriferci, terzi, berber, aşçı, bekçi ve diğer hizmetliler istihdam edilir. Kapasitesi elliye kadar olan her kuruluştaki en az bir aşçı, kapasitesi elliin üzerinde olan her kuruluştaki ayrıca bir aşçı yardımcısı çalıştırılır. *Temizlik hizmetleri için yeterli sayıda eleman çalıştırılması zorunludur.*

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde Huzurevlerinde elli, yaşlı bakım merkezlerinde otuz kapasiteye kadar bir sosyal çalışmacı tam veya yarı zamanlı olarak çalıştırılır. Sorumlu müdürün sosyal çalışmacı olması durumunda, ayrıca sosyal çalışmacı çalıştırılmayabilir. Kapasitenin huzurevlerinde elli, yaşlı bakım merkezlerinde otuz ve daha fazla olması

durumunda her elli ve/veya otuz yaşlıya bir sosyal çalışmacının tam ya da yarı zamanlı çalıştırılması zorunludur.

Sosyal çalışmacı yarı zamanlı olarak gün ve saatleri birbiri ile çakışmayacak şekilde bir başka huzurevi ve/veya yaşlı bakım merkezinde çalışabilir. *Kapasitesi elliye kadar olan kuruluşlarda bir psikolog tam veya yarı zamanlı olarak çalıştırılabilir. Sorumlu müdürün psikolog olması durumunda elli kapasiteye kadar olan kuruluşlarda ayrıca psikolog çalıştırılmayabilir.* Psikolog yarı zamanlı olarak gün saatleri birbiri ile çakışmayacak şekilde bir başka huzurevi ve/veya yaşlı bakım merkezinde çalışabilir.

Her kuruluşta tam veya yarı zamanlı bir tabip çalıştırılması zorunludur. Sorumlu müdürün tabip olması durumunda elli kapasiteye kadar olan kuruluşlarda ayrıca tabip çalıştırılmayabilir. *Kuruluş kapasitesinin elliye aşması halinde her elli yaşlı için haftanın belirli gün ve saatlerinde bir tabip çalıştırılır. Tabibin çalışma saatleri günde iki saat, haftada on saatten az olamaz. Yaşlı Bakım Merkezlerinde ayrıca bir psikiyatri uzmanı tabip tam veya yarı zamanlı olarak çalıştırılır. Her huzurevi/yaşlı bakım merkezinde en az bir hemşire/sağlık memurunun tam zamanlı olarak çalıştırılması esastır. Her otuz ve üzeri kapasitede bir hemşire/sağlık memuru veya bu personelin sorumluluğunda tam zamanlı olarak teknisyen unvanı almış bir sağlık personeli çalıştırılır.*

Kuruluşlarda sekizer saatlik vardiyalar halinde bir bakım elemanı çalıştırılması zorunludur. *Huzurevlerinde kapasitenin kırkı aşması halinde gündüz vardiyalarında görevlendirilmek üzere her on beş yaşlı için bir bakım elemanı, özel bakım üniteleri ile Yaşlı Bakım Merkezlerinde kapasitenin yirmi dördü aşması halinde her on yaşlı için bir yaşlı bakım elemanı çalıştırılır.*

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği (Değişik:RG-2/6/2010-27599) **Yaşlı bakım elemanı:** Sağlık Meslek Liseleri ile Meslek Liseleri ve yüksek öğretim kurumlarının yaşlılık ile ilgili bölümleri ve modüler eğitim programlarına göre hasta ve yaşlı hizmetleri alanında en az dördüncü seviye veya dengi belgeye sahip veya 21/5/2010 tarihli ve 27587 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Millî Eğitim Bakanlığı Yaygın Eğitim Kurumları Yönetmeliğine göre yaşlı ve hasta hizmetleri alanında kısa süreli ve kademeli eğitim programları ile dengi kursları bitiren elemanı, ifade ettiği belirtilmiştir.

İki yönetmeliğe personel açısından karşılaştırdığımız da hem huzurevi çalışanları hem de bakım ve rehabilitasyon bölümleri için de farklılık göstermektedir. Kamu kurumları ve özel huzurevlerine baktığımızda ilkinde 100 yaşlıya bir sosyal çalışmacı bir psikologdan bahsedilirken diğerinde 50 yaşlıya bir sosyal çalışmacı ve bir psikologdan bahsedilmektedir.

Kamuya bağlı huzurevlerinde her kuruluş için 1 fizyoterapist görevlendirileceği söylenmektedir. Her kuruluş için 1 diyetisyen görevlendirilir. Ancak özel Huzurevi veya bakım merkezlerinde bu mesleklerden bahsedilmemektedir. Kamu huzurevlerinde her 50 yaşlı için 1 hemşire görevlendirilir, denilmekte iken özel her huzurevi/yaşlı bakım merkezinde en az bir hemşire/sağlık memurunun tam zamanlı olarak çalıştırılması esastır, denilmektedir. Ayrıca özellerde yarı zamanlı psikolog ve sosyal çalışmacı istihdam edilebileceği söylenmektedir. Yaşlı bakıcısı ve yaşlı bakım elemanı diye iki farklı meslek unvanı tanımlanmıştır.

Özetle hangi unvan da kaç yaşlı için hangi uzmanlık alanına sahip profesyonellerin çalıştırılacağına dair bir karmaşa söz konusudur. Oysa yaşlı profiline göre personel standartlarına ihtiyaç vardır. Kamu ve özel diye ayırmak eşit hizmet açısından sakıncalıdır. Bu ayrımın yaşlının bakıma muhtaçlığı ve geriatrik şikayetlerine göre yapılması gerekmektedir. Bu durum da yine alandaki uzman bir interdisipliner ekip tarafından netliğe kavuşturulması gerekmektedir.

4. Hizmet Sunumunu üç yönetmeliğe göre değerlendirdiğimizde öncelikle yaşlı tanımlarına bakacak olursak: Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği yer alan yaşlı tanımında: Yaşlı: Sosyal, fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan *en az elli beş yaşındaki kişiyi*; Özel bakım yaşlısı: Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak huzurevi veya yaşlı bakım merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit

edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan yaşlı olarak tanım yapılmıştır.

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nde ise yaşlı: 60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişi olarak ve Özel Bakımı ise “Ruh sağlığı yerinde olup ,bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı ya da fiziksel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle özel ilgi, destek ve koruma gerektiren yaşlı olarak tanımlanmıştır.

a) Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliğin Hizmet ve İşleyiş başlığı altında, **Yaşlıların Beslenmesi** bölümünde huzurevlerinde bulunan yaşlılara sabah kahvaltısı ile öğlen ve akşam yemekleri verilir. Yaşlıların gıda ve beslenme rasyonları, sağlıklı yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayabilecek günlük kalori ve besin istihkakları hakkında teklifleri kapsayan “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Huzurevlerinde uygulanan gıda rasyonu’nda belirtilen esaslardan yararlanılarak düzenlenir .Huzurevlerinde hastalıkları sebebi ile kendilerine özel rejim hazırlanması gerekenlere Tabibin tavsiyelerine göre diyet hazırlanacağından bahsedilmektedir.

b)Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nde, Rehabilitasyon: Doğuştan veya sonradan her hangi bir hastalık yada kaza sonucu kalıcı veya geçici olarak bedensel ve zihinsel yeteneklerini değişik derecelerde yitiren yaşlıların, mevcut fonksiyon kapasitelerinin belirlenerek tedavi edilmesi, geriye kalan güç ve yeteneklerinin geliştirilerek fiziksel, psikolojik sosyal ve ekonomik yönden var olan kapasitelerinin desteklenmesi ve günlük yaşamda bağımsız duruma gelmelerine yönelik çalışma ve yardımların tümünü diye ve **Özel Bakım:** Ruh sağlığı yerinde olup, bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı ya da fiziksel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle özel ilgi, destek ve koruma gerektiren yaşlılara verilen hizmeti olarak tanımlanmaktadır.

Aynı yönetmelikte her kuruluştaki **Koordinasyon ve Değerlendirme Komisyonu ve Disiplin Kurulu**, ilgili kanunlar gereği mali işlerin gerekli kıldığı komisyonlar ile ilgili servisler bulunduğu ve Koordinasyon ve değerlendirme

komisyonu bulunduğu ve bu komisyonun; Kuruluşlarda mesleki çalışmaları yürütmek, meslekler arası koordinasyon ve ekip çalışmasını sağlamak amacıyla müdür, müdür yardımcısı, sosyal çalışmacı, psikolog, tabip, fizyoterapist, diyetisyen ve hemşirelerin bir araya gelmesiyle oluştuğu belirtilmektedir.

Sağlık servisi; tabip, dış tabibi ve hemşireden oluşur. Servis sorumlusu tabip olup, müdür ya da görevlendireceği müdür yardımcısına karşı sorumludur. Sağlık servisi görevlileri yaşlılarla doğrudan ilgili yardımcı hizmetli personeli yönlendirir.

Fizyoterapi servisi; fizyoterapist ve hemşireden oluşur. Servis sorumlusu fizyoterapist olup, müdür ya da görevlendireceği müdür yardımcısına karşı sorumludur. Servis görevlileri, yaşlılarla doğrudan ilgili yardımcı hizmetli personelin görevlerini eksiksiz yapmalarını sağlarlar. Sağlık servisi ile koordineli çalışır.

Beslenme servisi; diyetisyen, iâşe memuru ve aşçıdan oluşur. Servisin sorumlusu diyetisyen olup, müdüre ya da müdürün görevlendireceği müdür yardımcısına karşı sorumludur. Servis görevlileri, yaşlılarla doğrudan ilgili yardımcı hizmetli personelin görevlerini eksiksiz yapmalarını sağlarlar. Yaşlı ve personelin beslenmesine ilişkin cetvel ve programları hazırlamak ve uygulanmasını sağlamak,

Özel huzurevlerinde özel bakım bölümünde verilecek hizmetler: yaşlıların yemeklerinin yedirilmesi, banyolarının yaptırılması, günlük ve anlık vücut temizliklerinin yapılması, tuvalet ihtiyacının giderilmesinde yardımcı olunması, altı bağlananların temizlenmesi ve bezlenmesi, her gün ve gerektiğinde giysilerinin ve çarşaflarının değiştirilmesi, yatak temizliği, kuruluş içindeki diğer bölümlere getirilip, götürülmesi, egzersizlerinin yaptırılmasında yardımcı olunması, pansumanının yapılması, ilaçlarının düzenli verilmesi, tansiyon ve enjeksiyon takiplerinin yapılması, sağlık kuruluşlarına sevk edilenlere ve hastanede yatanlara eşlik edici personel verilmesi gerekir. Diyetler tabip önerisine uygun olarak diyetisyence hazırlatılır.

Hizmetin içeriği yukarı da özetlendiği gibi Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik, Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği ve Özel Huzurevlerinde Özel bakım bölümünde verilecek hizmetler şeklinde belirlenmiştir. Bakılan yaşlı açısından çok farklı özellik içermemesine rağmen hem hizmeti sunan personel açısından hem de buna bağlı olarak sunulan

hizmet hakkında yaşlı özelliklerine göre detaylandırılmış bir çalışmaya ihtiyaç vardır. Burada belirlenen genelci yaklaşım ile spesifik yaşlı bakımı için standart bir bakım hizmetinden bahsetmek mümkün değildir. Yönetmelikler genel çerçeveyi tüm HYBRM için tek bir yönetmelik ile belirleyerek bakım detaylarını interdisipliner bir ekip tarafından belirlenerek bu yönetmelikte atıf yapılması çok daha yerinde olacaktır.

Kurumsal yaşlı bakım hizmetleri yönetmeliği yeniden düzenlenmelidir. Yönetmelikte, her kurum için ortak olan standardize edilmiş; bina, fiziki koşullar ve personel şartları ile iyi belirlenmiş hizmet şartlarına atıfta bulunmasında yarar vardır. Uygulama özelliklerinin tek bir yönetmelikle belirlenmesinden ziyade uluslararası özelliklere göre, Türk Standartları Enstitüsü ile ortaklaşa yapılacak bir çalışma ile ulusal standartlar; farklı yaşlı profiline uygun olarak birkaç farklı HYBRM modeli oluşturulmalıdır. Yönetmelikte de bu Standartlara atıfta bulunulmalıdır. Böylece hem planlama hem de denetleme açısından kolaylık sağlanmış olacağı gibi ölçülebilir bir eşit ve kaliteli hizmet sunumunun önü açılmış olacaktır.

4.6.1.2. Örgütlenme Biçimi

GZFT analizinin dört boyutunda (Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler) önem derecesi düşük olmakla birlikte mevzuat ile görüşlerinde ilgili paydaş desteği ve merkezi yönetimden dolayı bürokrasinin yoğunluğunun hizmetin hantallaştırması ile ilgili görüşler vardır.

Giray ve arkyaşlı sağlığı hizmetlerine ilişkin bir model önerisi sunmuşlardır. Önerilerinde; Merkezi yönetimin hizmetlerin planlanması gerektiğini, ulusal sağlık sistemi ile bütünleşmiş, koruyucu, geliştirici, sağaltıcı sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK (Mülga), şimdi ise ASPB eş güdümünde planlanan bütüncül bir hizmetin, vergiler ve genel bütçeyle finanse edilip ücretsiz verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Yaşlı bakımında sağlık ve sosyal bakım birlikte ele alınmak zorundadır Yaşlılık birçok hastalığı (Demans, Alzheimer, Diyabet, Kanser vd.) birlikte getirmektedir (Giray vd., 2008:81-86) Sosyal hizmetler kapsamında ele alınan kurumsal bakım hizmetleri söz konusuysa de sosyal bakımı, sağlık hizmetlerinden ayrı düşünmek uygun ve fonksiyonel olmamaktadır.

Türkiye’de yöreden yöreye değişen demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerin doğal sonucu olarak birçok sosyal risk konusunda olduğu gibi yaşlılık konusunda da gereksinim ve beklentiler farklı özellikler göstermektedir. Kurumlarda aynı anda engelli, aklen malul, nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlığı olan, hatta akıl hastası ile normal, sağlıklı kişilerin bir arada yaşaması sonucunu doğurmaktadır. Bu yaşam biçimi, kurumlarda yönetsel, bireylerde de davranışsal karmaşaya yol açabilmektedir (Durgun, 2015: 102). Yaşlıların kurumsal veya aile yanında bakımı sırasında sağlık takibi kaliteli yaşam için çok önemlidir (Yaman, Akdeniz ve Kanevetçi, 2008:13).

4.6.1.3. Çevre Şartları

GZFT sonuçlarına göre *bakım merkezlerinin konumu* dört kategoride (güçlü, zayıf yönler, fırsat ve tehditler) de karşımıza çıkmıştır. Güçlü yönler kategorisi altında % 29.9 ile en önemli güçlü yan olarak, binanın konumu gösterilmiştir. Bina konumundan kastedilen alt boyutlar: Hastane, Cami, Park vb. yakın olması, yaşlıların sosyal hayata adapte olabilmesi (merkezde), Personel için çekici (merkezde), Şehir yoğunluğundan uzak merkeze ulaşımın kolay olması, ulaşımın kolay olması şeklinde açıklanmıştır.

Yaşlıların sosyal alanlara yakın mekânda olmaları gerektiğine dair elde edilen ipucu yaşlıların sosyal hayatın içinde olmayı düşündüklerini ortaya koymuştur. Bakım merkezlerinden rehabilitasyon yaşlısı olarak hizmet alanların dahi sağlık vb. ihtiyaçlarından dolayı ulaşımın zaman aldığı mesafedeki bakım merkezlerinde yaşamalarının sorun teşkil ettiği üzerinde vurgu vardır.

Araştırmada, bu ipuçları; binaları şehir dışında olmamalı, binalarının yeterli büyüklükte bahçeleri olmalı, hastane, Camii, pazar vb. alanlara yakın olmalı cümlelerinden anlamaktayız. Yaşlı bakım merkezlerinin yerelde, küçük kapasiteli kuruluşlar olarak planlanması ile yaşlı bireylerin yıllardır yaşadıkları sosyal çevrelerinden kopmadan kendi sosyo- kültürel alanları içinde yaşamaya devam etmeleri sağlanmış olacaktır.

4.6.1.4. Fiziksel Yapı

GZFT Analizi sonuçlarına göre güçlü yönler boyutunun en önemli alt boyutundan ikincisi; Fiziksel Koşullar ve tefrişat (G6:%14,9) olmuştur. Burada üzerinde durulan noktalar: Kuruluşun düşük kapasiteli olması, Fiziki koşulların verilen hizmete uygunluğu, Fiziki ortamın fonksiyonel olması, Fiziki şartların yeterliliği, Fizyoterapi salonu ve fizyoterapistin mevcut olması, Odalarda Lavabo, tuvalet ve banyonun bulunması, Odaların en fazla 2 kişilik olması, tefrişatın ev ortamına uygun yapılmış olmasıdır.

Ayrıca Fiziksel Koşullar (T5- % 30,3) tehditler boyutunun ve tüm boyutların en yüksek önem derecesine sahip boyutudur. Tehditler boyutunda değerlendirdiğimiz fiziksel koşullar boyutunun alt boyutları: Afet anında tahliyeyi kolaylaştıracak donanımın olmaması, asansör bulunmaması, binanın alt yapı sorunları, binanın eski olması, çok katlı bina olması düşme veya intihar teşebbüsü ihtimali, günün şartlarına uygun huzurevi modelleri belirlenmemesi odaların tek kişilik olmayışı, binanın huzurevi olarak inşa edilmemiş olması şeklinde dile getirilmiştir. Araştırma sonuçlarından hareketle yaşlı bakım merkez binalarının hizmet ile uygunluğunun araştırılması ve hızla uygun hale getirilmesi ile ilgili çalışmaya ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Yaşlı Bakım Merkezlerinin fiziksel çevresi, sakinlerin fiziksel aktivite fırsatlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Fonksiyonel bozukluğu olan yaşlı yetişkinler, ortamlara uyum sağlamak için yoğun enerji harcar ve sonuç olarak fiziksel ve işlevsel faaliyetlere optimum katılım sağlamakta zorlanırlar. Fiziksel aktiviteler için daha fazla hareket alanı oluşturmak veya tekerlekli sandalye ile hareket imkanı sağlamak, yatağın veya sandalyenin yüksekliğini değiştirmek gibi müdahaleler (Resnick, vd: 2012: 43); yaşlıların yaşama adaptasyonuna olumlu katkı vermektedir.

Fiziki koşulların hem bina iç dizaynı hem de binanın dış çevresinin fonksiyonel olması bakım hizmetinin insan onuruna yakışır olması yanı sıra hizmetin kaliteli olmasını da sağlamaktadır. Merkezlerde yaşayanlar yaşlılar olduğundan binalar ve yaşam alanları planlanırken bu grubun bio-psiko-sosyal, kültürel ve manevi ihtiyaçları değerlendirildiğinde hizmet amacına ulaşabilecektir. Örneğin

odaların çok kişilik olması hem mahremiyetin sağlanması hem de farklılıkların göz ardı edilmesi anlamına geldiğinden psiko-sosyal açıdan yaşlıyı huzursuz edebilmektedir.

Fonksiyonel bakımın hem fiziksel hem de psikolojik olarak huzurevi sakinleri yararına olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. İyi planlanmış bakım merkezinin yaşlılar için sağladığı faydalar şunlardır: fiziksel fayda, işlevsel performansın iyileştirilmesi veya kas gücü, transfer denge yeteneğine katkı sağlanmasıdır. İşlev odaklı bakım çalışması huzurevi sakinlerine yönelik psiko-sosyal faydalar sağlamakta, yaşam kalitesinin artmasını, azaltılan ağrılar ve geliştirilmiş ruh hali ve daha az davranışsal semptomlar (Resnick vd: 2012: 128) anlamına gelmektedir.

Farklı meslek elemanlarının interdisipliner bakış açısı ile mesleki çalışmalarını gerçekleştirebilmeleri; (iş uğraşı odaları, fizyoterapi salonu, diyet mutfağı, sağlık servisi, psiko-sosyal servis vb.) bina içi alanların bu doğrultuda planlanması ile mümkün olacağından bu alanların yaşlı ihtiyaçları göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi yerinde olacaktır.

4.6.1.5. Personel Yapısı

GZFT analizinin dört boyutunda (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar ve Tehditler) önem dereceleri farklı olmakla birlikte Personelin nitel ve nicel durumunun duruma göre kuruluşa güç kazandırmakta olduğu, duruma göre de zayıf yan oluşturmakta veya tehdiye neden olmakta olduğu belirtilmiştir. Güçlü yönler boyutunda %11, 3 ile dördüncü önemli boyutu olarak personelin niteliği ve niceliği olarak belirtilmiştir. Çalışanların tecrübesi, bakım ve temizlik işinin hizmet alımı yoluyla yapılması, bakım personelinin nitelik ve niceliği hususunda iyileştirmelerin yapılmış olmasının, farklı meslek gruplarının bir arada çalışmasının hizmet alana olumlu yansıdığı görüşleri bildirilmiştir. Zayıf yönler boyutunda ise üçüncü en önemli boyut (Z1:%14,8) olarak belirtilmiştir. Bu boyutun alt başlıklarında, sağlık personelinin az olması, psikolog bulunmaması, meslek elemanlarının uzmanlaşmamış olması, idarecilerin görevlendirme yoluyla çalışıyor olması, satın alma işlerinde uzman memurun olmaması, Hizmet içi eğitimlerin konsepti ve azlığı,

bakım elemanlarının eğitimlerinin yetersizliği, çalışanların psikolojik yıpranmışlığı olarak belirtilmiştir.

Yaşlılara sunulan bakım hizmeti ekip çalışmasını gerektirmektedir. Multidisipliner ekip çalışmasında, grubun her bir üyesi diğer disiplinlerin çalışmasının farkındadır ve bilgilerini paylaşır. Farkındalık, birlikte çalışmanın ilk düzeyidir. İnterdisipliner ekip çalışmasında ise ekip üyeleri koordinasyona aktif olarak katılır, sık sık yaşlıdaki sorunları yüz yüze veya farklı ortamlarda tartışır ve diğer üyelerin daha etkin olmaları için destek verirler (Malkoç, 2012: 77).

İnterdisipliner ekip içerisindeki uzmanların öncelikle kimler olacağı ve kurumsal bakım kapasitesine göre sayılarının ne olacağı belirlenmelidir. ASPB’da sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensupları ile bu hizmetlerde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarının belirlenmesine yönelik mevzuatın yenilenmesine ve ASPB bünyesinde meslek guruplarının kimler olacağı ile ilgili çalışmaları üniversitelerle koordinasyonlu şekilde yürütecek Sosyal Hizmet ve Sosyal Bakım Meslekleri Kurulu oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Bu kurulun görevleri aşağıda olduğu gibi belirlenmesi yerinde olacaktır.

- a) Yeni bir sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmeli.
- b) Sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmeli.
- c) Sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek ile uyumu denetlemeli.
- ç) Mesleki uygulamalarda yetersizliği tespit edilen Sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensuplarının mesleki yeterlilik, etik ilkeler eğitimine tâbi tutulmasına ve bu eğitimlerin süresi ile müfredatına karar vermeli.
- d) Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermeli.
- e) Meslek icrasından geçici veya sürekli men etmeye karar vermeli.
- f) İstihdam planlamalarında görüş vermeli.
- g) Sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensuplarının sertifikalı eğitim alanları ve sertifikalı eğitim alanlarının müfredatları hakkında görüş bildirmeli.

Seyyar (2006) eğitim programlarının sosyal bakım anlayışı çerçevesinde yeniden gözden geçirilip yapılandırılması, bütün bakıma muhtaç kişilere uygun

olabilecek Standart ve Bireysel Bakım Planları, Bakım Modelleri, Bakım Yönetimi, Sağlık Psikolojisi, Sosyal Gerontoloji, Sosyal Hizmetler, Aile Danışmanlığı ve rehberlik gibi derslerin okutulması gerektiğini önermektedir. Alanda uzmanlaşmaya gidilebilmesi için sosyal bakım uzmanı ve manevi bakım uzmanı, iş uğraşı terapisti vb. unvanların görev tanımları yapılarak bu unvanlar altında istihdam edilmesi alanda profesyonellerin hizmet sunmasını sağlayacaktır.

Bakıma muhtaç yaşlı bireylerin bakımını etkileyen birçok özellik bulunmaktadır. Bireyin yaşı, fiziki durumu, var olan rahatsızlıkları ve hastalıkları, psikolojik sorunları gibi özellikler yaşlıya sunulacak bakımı etkilemektedir. Bu sebeple yaşlı bakımından sorumlu hemşirelerin veya sosyal bakım uzmanlarının hastanın fizyolojik ve psikolojik durumunu iyi analiz edebilmeli ve bu konuda bilgi ve becerisini kullanabilmelidir. Aynı zamanda kronik rahatsızlığı bulunan yaşlılara nasıl müdahale edileceği, nelere dikkat edileceği gibi konularda bilgi sahibi olmalıdır (Akın, Seviğ ve Karataş, 2001:33-39). Ancak yaşlıların psikolojik durumunu iyi analiz etmek ve bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olmak sadece hemşirelerle değil, bütün kurum meslek elemanları, bakım elemanları ve diğer hizmet veren personele de ait beceriler kapsamında olmalıdır.

Geriatri ve gerontoloji hemşirelerinin istihdamı, yaşlıların özgün gereksinimlerini anlama, değerlendirme, geriatrik bakım ve rehabilitasyonu planlamada uygulamada bilgi ve beceriye sahip olduklarından (Akdemir, Akyar, 2012: 82) bakım hizmetinin kalitesini arttıracaktır. Bakım veren personelin eğitimle bu işi yapması hem yaşlı hem kurum adına ciddi bir fayda olacağı gibi, bu kapsamda başka sosyal faydalar da sağlayabilecektir. Bu noktada bakım alanında çalışması uygun personele standart eğitimlerin verilmesi, süpervizyon desteği, hem hizmet veren kişilerin mesleki becerilerini hem de hizmetin kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

4.6.1.6. Hizmet Sunumunda Bütüncül Yaklaşım

Türkiye’de son zamanlarda yaşanan demografik değişimler doğrultusunda yaşlı bireylerin aile içinde bakımını zorlaştırdığından uzmanlaşmış kurumlarda profesyonel personel tarafından bakıma ihtiyacı arttırmıştır. (Oğlak, 2011:

120)Türkiye’de Huzurevleri, önceleri kendi bakımını yapabilen yaşlıların barındığı kurumsal bakım hizmeti vermekte iken zamanla başvuruların kendine bakamayan yaşlılara doğru değişmesinden dolayı bünyelerinde bakım ve rehabilitasyon üniteleri açılması zorunlu hale gelmiştir.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında yapılan değerlendirme (2014-2018) “yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımını sağlamaya yönelik hizmetler çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacak ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliği arttırılacaktır” (Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018,Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014: 164) denilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün benimsediği dört safhalı bakım modeli ülke ihtiyaçları ve koşulları da düşünülerek bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetleri için uyarlanabilecek bir model olabilir. Bu bakım sürecinde; bilgi edinme, bakım planı, bakım hizmetinin uygulanması, bakım uygulamalarının değerlendirilmesi basamakları yer almaktadır (Seyyar, 2004: 102).

Bu basamaklar kullanılarak bakım hizmetinin mesleki uygulamalar açısından izlenebilirliği sağlanabilecektir. Bakım hizmet sunumu, önce bakıma muhtaçlığın tespiti ile başlar ardından uygun olan modele karar verilir. Modele karar verilirken öncelikli hedef, bakıma muhtaç bireyin ailesinin yanında sosyal çevresinden koparılmadan bakılması ve ailenin bakım hizmetleri konusunda maddi, manevi desteklenmesidir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı 2011-2013, 2010:4). Kararın komisyon marifeti ile gerçekleştirilmesi daha fonksiyoneldir. Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri bünyesinde *muhtaçlık tespit komisyonu adı altında komisyonlar oluşturularak* komisyon aracılığı kurumda bakım modellerinden hangisinden faydalanılması gerektiği kararı verilmesi Aile hekimi, belediyeden görevli, ASPB Müdürlüklerinden bir meslek elemanı, Sosyal yardımlaşma vakıflarından bir görevlinin katılımı ile Komisyonu oluşturmak mümkündür.

Kurumsal bakım hizmetleri söz konusu olduğunda, çok yönlü ilişkilerin güçlendirilmesi mevcut hizmetlerin iyileştirilmesi ve sunulması açısından oldukça önemlidir. Kurumlar arası bir enformasyon ağının mevcudiyeti gereklidir. Örneğin Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlar arasındaki (hastaneler, eczaneler, Sosyal

Güvenlik Kurumu) enformatik ağı sağlayan Medula Sistemi gibi Kurumsal Hizmet Alan Yaşlı Bilgi Ağı da mevcut olabilir. Kurumsal Hizmet alan yaşlının bakım planı, o güne dek aldığı bakım hizmetleri, var olan hastalıkları ve psiko-sosyal durumu bu program üzerinde izlenebilir hale getirilebilir. Bakım hizmetlerinden faydalanan bireye ait kişisel bilgilerini de içeren bu sistem yaşlıyı değerlendirmeyi daha kolay hale getirerek yaşlının alacağı bakım hizmetlerini planlamasını ve söz konusu bakım planının uygulanıp uygulanmadığının denetimini de kolaylaştıracaktır.

Kurumsal Hizmetlerle ilgili sunulacak bakım modelini en önemli gereklerinden bir diğeri de esnek olmasıdır. İhtiyaçlar değişebilmekte, ülke koşulları da global trendlerden etkilenebilmektedir. Değişen ihtiyaçlara göre yapılandırma, yaşlı bireylerin maksimum faydası ekseninde yeniden ele alınmalıdır. Örneğin Alzheimer Hastaları için mevcut olan gündüzlü bakımevi gibi gündüzlü ve bakım alacak kişilerin spesifik ihtiyaçlarına yönelik bakım merkezleri olmalı, bakıma muhtaç hale getiren hastalıklara özgü hizmet çeşitliliği artmalı ve hatta bu gibi sıkıntıları olan hastalara özgü eylem planları ve kurumsal hizmetler mevcut olmalıdır. Örneğin Multiple Skleroz hastaları için bir bakım evi mevcudiyeti hem personelin direkt, hastalığın ve bu hastalığın bakıma muhtaç hale getiren faktörleri hakkında uzmanlaşmasını sağlayacaktır, hem de kurumun fiziki yapısı dahi hastalığın gerekli kıldığı koşullara uygun olmasını mümkün hale getirecektir.

Günlük bakım ve tedavi hastaneleri genel hastanelerin bir bölümü olarak tasarlanmalı genellikle fiziksel ve mental engelli çok düşkün yaşlılara hizmet sunmalıdır. Sosyal hizmet sunan kurumlarda muhtaç yaşlılara kısmen ya da günün 24 saati gerekli bakım ve ihtimam sunulmalıdır. Bu tür kurumların amaç fonksiyon ve aktiviteleri hizmet sundukları yaşlı özelliklerine göre farklılaştırılmalıdır. Ancak bu kurumlarda kalan yaşlılara kendi ev ortamlarında oldukları hissinin verilmesi ve topluma sürekli entegrasyonunu sağlamaya yönelik sosyal iletişim bağlarının kurulması ilkeleri benimsenmeli ve kurumlar her bakımda bu ilkeler doğrultusunda organize edilmelidir. (Durgun, 2015:114)

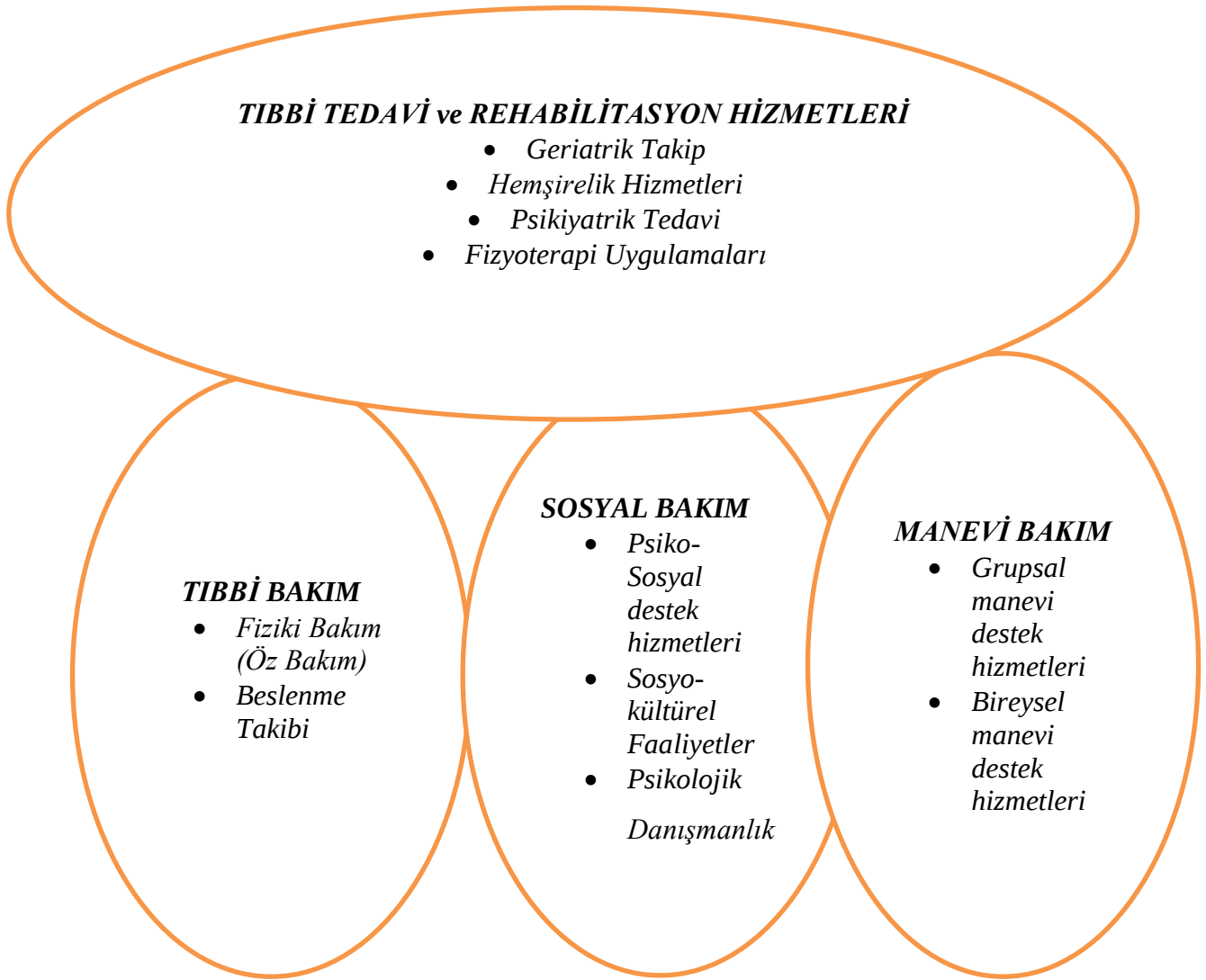
Kurumsal bakım hizmeti verilirken en dikkat çekici konulardan biri de aslında mahremiyettir. Yaşlı bakımında mahremiyet yaşlının biricikliğine ve kişisel yaşamının şahsiliğine vurgu yapmaktadır. Mahremiyet, bireyin şahsi alanını, kişisel mülkiyetini, bedeni, sosyal ilişkileri, inançları ve tutumları içerir. Yaşlı bakımında

mahremiyete özen gösterilmesi, korunması çok önemlidir (İzgi, 2009:56). Kurumsal bakımın mahremiyet ilkelerinden hareketle planlanıp uygulanması gerekmektedir.

Sosyal hizmetler kavramı 2828 sayılı SHÇEK Kanunu'nda;“kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarını giderilmesini ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarını önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve iletilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü” olarak tanımlanmaktadır. Tanımda vurgulanan “manevi yoksunluk” yardıma muhtaç insanlar açısından bakıldığında giderilmesi gereken önemli bir gereksinime işaret etmektedir (Karataş, 2015):14.

Bakıma muhtaçlığın ileri boyutlarında olan ağır psikolojik veya fizyolojik problemleri olan yatağa bağımlı yaşlıların, ancak tıbbi yardım ve destek sağlanarak, terapi hizmetlerinin verilebildiği bakımevlerinde bakımları sağlanmalıdır. Öte yandan bakım merkezlerinde yaşlıların sağlık takiplerinin yapılabilmesi için gerekli ve yeterli sağlık personelinin istihdam edilmesi ya da sağlık merkezlerine bağlı olarak hastane içinde veya yakınında bakımın planlanması kaliteli bakım hizmeti için ön şartlardandır.

Engelli, yaşlı ve bakıma muhtaç bireyler ve aileleri; evde veya kurumda günlük bakım ve sosyal adaptasyonun devamı için psikolojik, sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. (Devlet Denetleme Kurulu 27.08.2009 tarih ve 2009/5 Sayılı “Özürlüler İdaresi Başkanlığı Faaliyetlerinin Denetimi İle İlgili Rapor, 2009:47) Bu nedenle Şekil:10'da gösterdiği gibi, içerik doğrultusunda bakımın içeriği oluşturulması önerilmektedir. Bu doğrultuda planlanmış hizmetin dört farklı fonksiyonun interdisipliner anlayış ile bir araya getirilmesi mümkün olacaktır. Ancak bakıma ihtiyacı olan yaşlılar için Tıbbi Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri modelimizde çatı oluşumu sağlamak zorundadır. Çünkü bu yaşlılar için bu hizmetin sürekliliği esastır.



Şekil 10: Bakım Hizmetlerinde Bütüncül Yaklaşım

İngiltere’de Günlük Bakım ve Tedavi hastaneleri adı altında (Day fiziksel ve mental engelli çok düşkün yaşlılara haftanın beş günü hizmet vermektedirler. Personel hastanenin geriatrik bölümünden sağlanmaktadır. (hekimler, fizik, konuşma, meşguliyet terapistleri, sıhhi pedikürcü ve sosyal çalışmacılar zamanlarının belli bir bölümünü günlük hastaneye ayırırlar (Durgun, 2015:44). Böyle bir çalışma metodu alanda çalışan uzmanında kendini geliştirmesine imkan vermektedir.

Özet olarak yaşlı bakımında kurumsal bakımın yalnızlık hissini minimize edildiği mali olarak verimli olan modelin tercihi ve bunlara ek olarak da bireyin fonksiyonel kapasitesini sürdürmesine veya bağımlılığını azaltacak yaşam kalitesini yükseltebilecek holistik bakım anlayışı ile birlikte bu bakımı destekleyecek bir altyapı oluşturulmasına ihtiyaç vardır (Oğlak, 2011: 119) Yani hem içeriksel olarak

bakımın planlanması ve sunumunda hem de sunulduğu mekan ve dayandığı yasal düzlemin bütüncül bir bakış açısı içerisinde oluşturulmuş olmasına ihtiyaç vardır.

4.6.1.6.1. Sağlık Hizmetleri

Bakım hizmeti; ihtiyaç duyulan bütün öğelerin bir araya getirilerek uyumlu bir süreç oluşturulması sonucunda organizasyon içinde bütüncül bir yaklaşımla ortaya konan bir sistemdir. Bu sistem; bilgi, insan, malzeme ve teknolojik ve yasal alt yapının sağlanması ile mümkün olabilir. Öte yandan yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin amacı yaşlı bireylerin işlevsel kapasitelerinin korunmasını sağlamaya yöneliktir. Gerçekleşen bakım hizmetlerinde bir yandan zarar vermemek yani güvenliği (safety), diğer yandan en iyi şekilde yarar sağlamayı hedeflemelidir. Burada amaç maksimum performansla, hizmet alan bireylerin en yüksek sosyo-psikolojik, fizyolojik ve manevi açıdan ihtiyaçlarının karşılanması veya var olan durumunun stabil halde tutulabilmesidir.

Kurumsal Bakım Merkezlerinde bakım stratejilerinin önceliği fonksiyonel durumun maksimize edilmesi olmak zorundadır.

a. Fonksiyonel durumun maksimize edilmesi için ;

- 1- Bireyin günlük rutininin devam ettirilmesi, fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerini, fiziksel aktivitelerini yerine getirirken sosyalleşmesine yardımcı olunması bunların yansira gezinmesinin teşvik edilmesi, evcil hayvanlarla oynamasına izin verilmesi, gazete okumasının teşvik edilmesi gibi aktivitelerin uygulanması ihtiyacı vardır.
- 2- Bağımsız işlevler ve işlevsel hareketsizliğin sonuçları hakkında yaşlılar, aileleri ve resmi bakıcılarına eğitim verilmesi ve bu eğitimlerde;
 - a. Bağımsız işlevlerin fizyolojik ve psikolojik değeri
 - b. Akut hastalıklarla geri dönülmez işlevsel kayıpları
 - c. İşlev kayıpları önleme stratejileri: egzersiz, beslenme ve sosyalleşme
- 3- Aktivite, esneklik ve işlevselliği devam ettirmek için rutin egzersizler, hareket çeşitliliği ve gezinme dâhil aktivitelerin teşvik edilmesi.
- 4- Yatakta dinlenme oranını minimize edilmesi.

- 5- Fiziksel kullanım kısıtlamalarına karşın alternatifler bulunması.
- 6- Ağrı değerlendirmesi ve tedavisi uygulanması.
- 7- Korkuluk, geniş kapı geçişleri, tuvalet oturaklarının yükseltilmesi, duş oturakları, geliştirilmiş aydınlatma, düşük yataklar ve farklı tür ve boyda sandalyelerle çevrenin dizayn edilmesi.
- 8- Akut hastalık sonrası bireylerin egzersiz, fiziksel terapi danışmanlığı, beslenme ile temel işlevlerini tekrar kazanmalarının sağlanması.
- 9- İşlevlerin geri kazanılması için gerekli fiziksel ve çalışma terapilerini değerlendirilmesi (Boltz, 2012: 37)

İlerleyen yaş, fiziksel ve zihinsel engel riski ile birlikte gelişir ve ruhsal sağlıkla ilgili ciddi endişeleri beraberinde getirebilir. Çalışmalar yaşlı yetişkinlerin fiziksel ve zihinsel sağlık arasında birbirini olumsuz etkileyen önemli etkileşim yaşama eğiliminde olduklarını göstermektedir. Yaşlıların zihinsel engel durumlarının tıbbi hastalıklarla gölgelenmesi ihtimali yüksektir ve zihinsel hastalık eğilimi olan yaşlıların büyük oranda tespit edilememe riski vardır. Bu endişe özellikle şiddetli kronik zihinsel hastalığı olan zayıf yaşlı bireyler için geçerlidir (McCall ve Boldy 2001: 192).

GZFT analizinin Fırsatlar boyutu altında sağlık hizmet sunumu başlığı alt boyutların de, önemli fırsat olarak %17,4 ile kurumun hastaneye yakın olması ve Aile hekimine yakın olması önemli fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bunları %13 ile üniversite hastanesine yakın olunması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılabiliyor olması ve fizyoterapi servisinin olması boyutları takip etmektedir. Bu sonuçlardan anlaşılan yaşlıların ciddi anlamda sağlık desteğine ihtiyaç duyduğudur. Bu anlamda, bu destek ya kurum içinde sağlanmalı veya kurum sağlık desteği alınabilecek noktalara yakın olmalıdır. Hastaneden uzman doktorun getirilmesi, düzenli sağlık kontrolleri, sağlık kuruluşlarına kolay ulaşım üniversite hastanesine yakın olması gibi taleplerin varlığının fırsat olarak değerlendirildiği düşünüldüğünde bakım merkezleri içinde sağlık hizmetinin de planlanması gereği görülmektedir.

Sağlık bakanlığı ile ortak kullanılan bir program yaşlıların sağlık takiplerinin hastanelerden yapılmasını ve bu detayların bakım merkezlerindeki sağlık profesyonelleri tarafından görülüp uygulanmasını sağlaması sağlık ve sosyal bakımın bir arada gerçekleşmesini destekler. Konusuna göre ihtisas bakım merkezleri de

geriatri merkezlerinin çeperinde yer alması hizmet alan yaşlıların ve alandaki profesyonellerin yararına olacaktır.

Sağlık Bakanlığına bağlı geriatri hastanelerin bölgesel ölçekte planlanarak erişilebilirliği sağlanması, gero-psiskiyatri hastanelerinin oluşturulması ayrıca geriatri hastanelerinin yakınlarında günlük bakım ve tedavi ünitelerinin oluşturulması hem kurumsal bakım hizmeti alan yaşlının hem de kendi evinde yaşayan yaşlının sağlık hizmetine erişimini kolaylaştıracaktır.

Güçlü yanlar boyutunda üçüncü önemli güçlü yn olan G4- Sağlık Hizmet Sunumunun (%14,9) alt dağılımını incelediğimizde, Rehabilitasyon hizmeti verilmesi %31 ve Fizyoterapi salonu ve fizyoterapistin bulunması % 19 oranında ve sağlık hizmeti sunumu ise %11,9 oranında kurumun güçlü olmasını sağlayan önemli boyut olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre Huzurevlerinde ve Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde geriatri ve gerontoloji bilimlerinde eğitim almış mesleki yeterliliği olan personele ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Hizmet sunumunun amacına ulaşması sistemsel ve bütüncül yaklaşım, uygun alt yapı, profesyonel bakım ile mümkündür. Bakım sisteminin kalitesinden söz edebilmek için siteminin iyi planlamış olması ve multidisipliner ihtiyaçların göz önünde bulundurulmasını ile sağlanabilir. Bakım hizmetinin güvenliği; sağlık ve sosyal bakım yönetiminden veya bakım hizmetinin verildiği çevreden kaynaklanan gerçek veya potansiyel zararın önlenmesi veya kabul edilebilir sınırlara indirilmesi olarak tanımlanabilir.

Yaşlı Kurumsal Bakım Merkezlerinde bakım; tıbbi, psiko-sosyal, manevi sosyal hizmetler açısından planlanarak uygulanması bakım hizmetinin niteliğine katkı sağlayacaktır.

4.6.1.6.2. Beslenme Hizmetleri

Yaşlılık döneminde beslenme, yaşlanma süreci boyunca vücutta meydana gelen değişikliklerden, kronik hastalıklardan, kullanılan ilaçlardan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumdan etkilenir. Ancak yaşla birlikte görülme sıklığı artan yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, böbrek hastalığı, şeker hastalığı gibi kronik hastalıkların varlığında bu hastalıklara özel diyetlerin

uygulanması gerekmektedir (Aksoydan, 2008: 11). Beslenme ile sağlık arasında özellikle kronik hastalıkların çok fazla hissedildiği bu yaşam evresinde çok gúçlü bir korelasyon vardır. Kurumsal bakım merkezlerinde beslenme sağlık hizmeti ile eşgüdümlü takip edilmesi gerekmektedir.

Sivas ili dört sağlık ocağı bölgesindeki yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi araştırmasında (Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri esas alınarak oluşturulan değerlendirme formu kullanılmıştır. Bu form, yaşlıları, “sağlığı algılama ve sağlık yönetimi”, “beslenme”, “boşaltım”, “aktivite-egzersiz”, “uyku ve dinlenme”, “algılama-kavrama”, “cinsellik”, “değer ve inançlar” gibi 11 alana göre bio-psiko-sosyal yönlerden kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir). Bu çalışmada yaşlıların beslenmeyle ilgili olarak yaşadığı sorunlar incelendiğinde, en fazla çiğneme, hazımsızlık gibi sorunlarının olduğu ve yaklaşık olarak üçte birinin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda sindirim sistemi ve diğer bazı sistemlerdeki değerlişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan beslenme sorunları (Güler vd. 2009:377) ile karşı karşıya oldukları görülmektedir.

Herhangi bir nedene bağlı kötü beslenme sıklığı yataklı bir tedavi kurumundaki geriatrik hastalar arasında %1-83; kendi evlerinde yaşayan “sağlam” yaşlılar arasında ise %2-32 arasında değerlişmektedir. Konu protein-enerji malnütrisyonu olduğunda ise hastanede yatan yaşlılar arasında sıklık %30-65; herhangi bir kurumda (huzurevi, yaşlı bakım evi) yaşayan yaşlılarda ise %25-60 arasındadır. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi ačíısından beslenmeyi sağlıklı yaşam davranışları içinde bir bütün olarak görmek gerekir. Yaşlılık döneminde tıpkı diğer yař gruplarında olduğu gibi temel besin ögelerine gereksinim vardır; ancak bu gereksinimin miktarları (Aslan, şengelen ve Bilir, 2008:9) yaşlıların hastalık durumları, aktivite oranları vd. özellikleri dikkate alınarak beslenme uzmanları tarafından yeterli ve dengeli beslenme, fazla kilolu veya diyet gerektiren durumlara uygun beslenme ve aktivite programlarının düzenlenmesi gibi ačíılardan takip edilmesini zorunlu hale getirmektedir.

4.6.1.6.3.Sosyo-kültürel Faaliyetler

Yaşlıların sağlıkla ilgili sıkıntıları; ağrılar, beslenmeyle ilgili sorunlar (çiğneme, yutma zorluğu, obezite vb), günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk ve yaşlıların idrar yapma ile ilgili sorunları; idrar yapma sırasında ağrı, stres inkontinansı, gündüz idrar kaçırma gibi sorunları kapsamaktadır. Bunlar arasında yer alan idrar inkontinansı yaşlılarda birçok sağlık sorununu beraberinde getiren tedavi edilebilen bir sorun olmasına karşın inkontinansı olan yaşlılar bu problemlerinden dolayı fiziksel ve sosyal aktivitelerden kaçınırlar.(Güler, vd. 2009: 369)

Yaşlılarda beliren zihinsel hastalıklar da onların yaşamını zorlaştırmaktadır. Bu durum sosyal engelliliğe sebebiyet verebilmektedir. Sosyal engellilik dört temel engellilik türünden biri olarak karakterize edilmektedir (diğerleri fiziksel, duygusal ve zihinsel engelliliktir) Ciddi ve sürekli akıl hastası insanların içinde sosyal engellilik giderek artan oranda araştırma ve tedavinin önemli bir odak noktası olmaktadır. Sosyal engellilik aslında sosyal kural yükümlülüklerini yerine getirmede sınırlanma veya yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Araştırmacılar giderek artan oranda kurumlarda kalan yaşlıların sosyal engellerini incelemektedir. Kurulmuş olan bir dizi "yaşam kalitesi" ölçeğine sosyal ihtiyaçların karşılanması algısına dair bir boyutun dâhil edilmesini vurgulamaktadır. Yaşam kalitesi ölçeği beş boyutu kapsamaktadır: Fiziksel sağlık, ruh sağlığı, günlük genel sosyal faaliyetler ve refah algısı. Zayıf yaşlılar için pozitif düzenlemeler yapılarak sosyal bağlılığı ve refahı düzenleyen öznel önlemler uygulanabilir (McCall ve Boldy 2001:198-199).

4.6.1.6.4. Manevi Bakım Hizmetleri

Araştırmalar da sürekli olarak yaşlı insanların gençlere oranla daha derin dini eğilimleri olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, 18 ve 29 yaş arası kişilerin % 45'i dinin yaşamlarında önemli olduğunu belirttiklerini göstermektedir. Ancak bu rakam en az 75 yaşında olanlar için % 77'ye çıkmaktadır (Schai, Krause ve Booth, 2004: 54).

Amerika’da Fetzer Enstitüsü (Ulusal Enstitüsü) tarafından yaşlılardan oluşan çalışma grubu üzerinde gerçekleştirilen araştırmaya göre din/maneviyat boyutları aşağıda olduğu gibi belirlenmiştir :

1. Dinin Anlamı
2. Dini değerler
3. Dini inançlar
4. Bağışlama
5. Bireysel dini uygulamalar
6. Dini kopyalama
7. Dini destek
8. Din Tarihi
9. Dine bağlılık
10. Örgütsel dindarlık
11. Din tercihi
12. Günlük manevi tecrübeler (Schai, Krause ve Booth ,2004:7).

Yukarıdaki belirlemelerden de anlaşılacağı üzere maneviyat ve din yaşam içerisinde birbiri ile ilintili olarak algılanmaktadır. Din, majör ve minör streslere karşı tampon görevi görebilir ve hatta doğrudan fizyolojik yollarla ilk etapta meydana gelmesine engel olabilir. Dua, meditasyon veya ritüellere katılım gibi bazı dini uygulamalar "stres yanıtına" karşı rahatlama yanıtı (Schai, Krause ve Booth, 2004: 29) olarak ortaya çıkmaktadır.

Manevî bakım, birey ve onun manevî dünyası arasındaki münasebetleri iyileştirmeyi, manevî riskleri azaltmayı, manevî sapmaları önlemeyi ve manevî rehabilitasyon hizmetlerini; manevî terapi yöntemleriyle vermeyi hedefleyen bir bilim ve meslek dalıdır. Bir başka ifadeyle manevî bakım; bakıma muhtaç kişinin maneviyatını (kişisel gelişimini, moralini) güçlendirmeyi, hayata bağlılığını artırmayı, iç dünyasıyla (ruhuyla) barışık olmasını, manevî sapmalarını ve korkularını gidermeyi amaçlayan insan odaklı bütüncül hizmetlerdir. (Seyyar, 2014:2)

Yapılan GZFT analizinde manevi sosyal hizmetlere dair herhangi bir ipucu elde edilememiştir. Türkiye genelinde huzurevleri veya bakım merkezlerinde çalışan meslek elemanları çeşidi incelendiğinde 2014 yılı itibari ile otuzbeş din görevlisi

bulunduğu anlaşılmıştır. Ancak 26.11.2011 tarihinde ASPBB ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan bir protokol ile bu merkezlerde din görevlilerinin çalışma yapması sağlanmıştır.

Diyanet İşleri Başkanlığı Görev ve Çalışma Esasları Yönetmeliği, (R.G., 29033) Dokuzuncu Bölüm 45. Madde g) Hastane, ceza infaz kurumları, huzur evi, yetiştirme yurdu ve benzeri yerlerdeki vatandaş ve soydaşlarımızın dini ve manevi ihtiyaçları ile ilgilenmek., ve Madde: 30f) Hastane, ceza infaz kurumları, yetiştirme yurdu, huzurevleri ve benzeri sosyal hizmet kurumlarındaki vatandaşlarımıza dini rehberlik yapılmasını ve din hizmeti verilmesini sağlamak” görevi il ve ilçe müftülüklerine verilmiştir.

Ancak bu çalışmaların sağlık ve sosyal Hizmet kuruluşları için de tanımlanması gerekmektedir (Seyyar,2014:4-5). Öte yandan sağlık ve sosyal hizmet alanlarında uygulamaya yönelik profesyonellerin yetişmesi için sistemli eğitim programları ve uzmanların alanda istihdamına yönelik mevzuat çalışmalarına ihtiyaç vardır.

4.6.1.6.5. Rehabilitasyon Hizmetleri

Yapılan araştırmalarda huzurevinde yaşayanlar yüksek derecede fiziksel engellilik ve kümülatif bağımlılık sergiler ve % 75’i dört ya da daha fazla günlük yaşam aktivitesinde (GYA) yardım alır. Spesifik GYA faaliyetleri dışında doğrudan fiziksel bakım müdahalesine ihtiyaç duyan huzurevi sakinlerinin yüzdesi de oldukça yüksektir ve bu bakımlar % 91 banyo, % 82 giyinme, % 77 tuvalet, % 71 transfer ve % 35 yemek yardımından oluşur. Fiziksel fonksiyonunun korunması son derece önemli olarak kabul edildiğinde işlevsel yetenekler yaşlı yetişkinler tarafından oldukça değer görür (McCall ve Boldy 2001: 199). Türkiye’deki huzurevlerinde Arslan ve Gökçe-Kutsal tarafından yapılan araştırmada da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların %31,0’ının günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede engele sahip oldukları ortaya konulmuştur (Güler, vd., 2009:376).

Diğer bir araştırma, Kocaçal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık olarak %46,0’ında inkontinans sorunu olduğunu ortaya çıkmıştır. 2009 yılında Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri esas

alınarak oluşturulan değerlendirme formu ile yapılan araştırmaya göre yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları, en fazla beslenme, boşaltım ve uyku aktivitesi ile ilgili alanlarda bakıma gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (Güler, vd., 2009: 371).

Rehabilitasyon çalışmaları bakıma muhtaç bireyin her düzeyde fonksiyonalitesini arttırmaya yöneliktir. Demans sendromu, Parkinson hastalığı, multiple skleroz ve nörolojik bozukluk gibi önemli fonksiyonel kısıtlamaları olan huzurevi sakinlerinin fonksiyon odaklı bakım etkileşimlerine katılmaları sağlanmalıdır. Hatta Alzheimer hastalığı gibi orta ve ağır demans hastalığı olan huzurevi sakinleri fonksiyonel odaklı bakım felsefesinden yararlanmalıdır Öte yandan fonksiyonel odaklı bakım yaklaşımının aksine, entegre yaklaşım huzurevi sakinleri ile çalışan tüm personelin fonksiyonel bakım felsefesini kurmasını ve aşmasını öngörür. Entegre bakım yaklaşımı "belirlenmiş" personelin sadece belirli zamanlarda yaşlılara bakım vermesi değil fonksiyonel ve fiziksel aktivitelerin daha kişiselleştirilmiş olarak günlük bakım sırasında herhangi bir zamanda uygulanabilir şekilde (Resnick, vd., 2012:43) planlanmasıdır.

Sosyal bilişsel kuram ve öz etkinlik teorisi huzurevinde işlev odaklı bakım felsefesinin kurulmasına yardımcı olabilir. Öz-yeterlik teorisi göstermektedir ki verilen aktiviteyi gerçekleştirmeye (öz yeterlilik) olan bireysel inanç ve bu etkinliğin algılanan önemi veya faydası (sonuç beklentileri) ne kadar güçlü ise bireyin verili aktiviteyi kendi başlatması ve devam ettirmesi o oranda mümkündür. (Resnick, vd.: 2012:4).

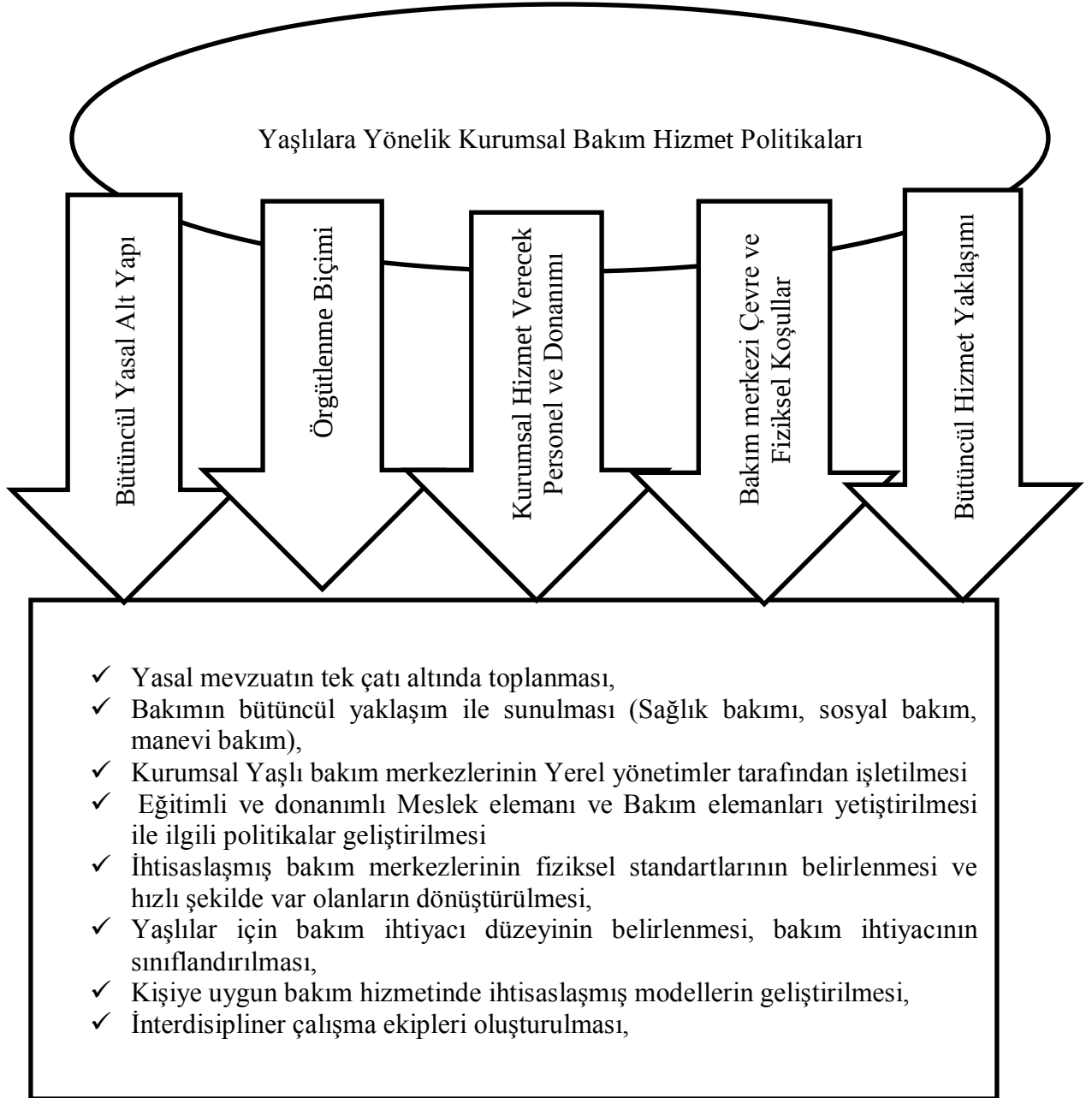
Bireylerin kişilerarası etkileşimlerden elde ettiği dört öz-yeterlik kaynağı özellikle sağlık hizmeti sağlayıcıları, arkadaşlar ve aile bireyleri arasında kişilerarası etkileşim için birçok fırsat sunduğu için huzurevi düzenlemelerinde (Resnick, vd., 2012:132) kullanılmaları psiko-sosyal açıdan rehabilitasyon sağlar.

Ayrıca entegre yaklaşım doğrudan bakım çalışanları ile fiziksel, mesleki veya konuşma terapistleri arasında iletişim kurulmasını hızlandırır ve günlük faaliyetleri geleneksel rehabilitasyondan ve (örneğin) fiziksel veya mesleki terapiden sürekli devam eden fonksiyonel bakım hedeflerine dönüştürür. (Resnick, vd.: 2012:6) Bakım merkezlerindeki rehabilitasyon çalışmaları farklı meslek elemanları tarafından ayrı ayrı icra edilen uygulama olmaktan çok, kurumsal bakımın teorik çerçeve ile

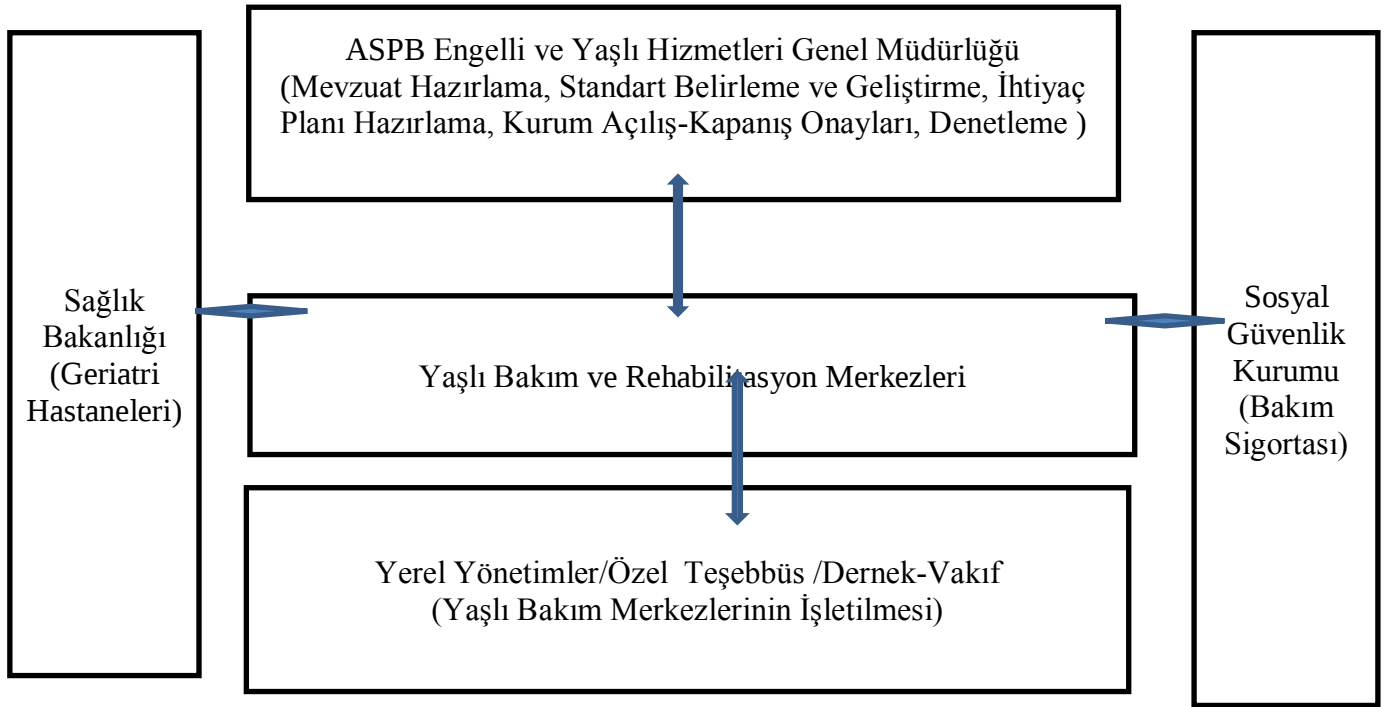
birleştirilerek interdisipliner çalışma metodu ile uygulanması yaşlı sağlığı ve bakımı açısından önemlidir.

4.6.2. Modelin Yapısı

Çalışma sonuçlarına göre kurumsal yaşlı bakım hizmetleri düşünüldüğünde oluşturulacak politikalar şekil 11’de olduğu gibi değerlendirmek mümkündür.



Şekil 11: Türkiye’de Bakıma Muhtaç Yaşlılara Dönük Kurumsal Bakım Hizmetleri Genel Çerçevesi



Şekil 12: Kurumsal Bakım hizmetlerinde Örgütlenme Biçimi

Yukarıda kurumsal bakım hizmetleri bağlamında politika oluşturulma sırasında dikkat edilmesi gereken genel çerçeve başlıkları ve önemli hususlar aşağıda belirtildiği gibi tespit edilmiştir.

Şekil 12’de gösterildiği gibi Kurumsal bakım hizmetlerinin sunumunun yerel yönetimler Özel müteşebbis ve Dernek- Vakıflara bırakılması ile birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı İl Müdürlüklerinin görevlerinin yeniden düzenlenmesi gerekir. Bu şekilde önerdiğimiz model de öncelikle ihtisaslaşmanın önünün açılması sağlanacaktır. Yaşlı bakımında basamaklandırma söz konusu olacak Yüksek tıbbi bakım ve takip gerektirecek olan yaşlı grubu sağlık bakanlığı takibinde Geriatri hastanelerinin yakınında planlanmış olan bakım merkezlerinde diğerleri ise yerel yönetimler tarafından işletilecek ancak açılma izni ve denetimi Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından yapılması sağlanacaktır. Yaşlıların bakımı ile ilgili finansman ise ihdas edilecek bakım sigortasından karşılanacaktır.

Türkiye’deki yasal düzenleme kurumsal yaşlı bakım hizmetlerinin, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, dernek ve vakıflar, azınlıklar ve gerçek kişiler (özel) tarafından sunulmasına imkân vermektedir. Bu hizmetin sunumu

gerçekleşirken hizmet standartlarını belirleyen ve takip eden yasal kurum üstte olmak üzere tüm kurumların birbirleriyle iletişim ve koordinasyonunun sağlanması gerekmektedir. Doğrudan konuyla ilgisi olan paydaş kurum olarak Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal bakım hizmetlerinin icracılarına yönelik hizmet içi eğitimler ile destek vermesi, birinci basamak hizmetlerde aktif yaşlanma politikalarının uygulanması bakımından önemli görevleri vardır.

Yaşlı bakım merkezlerinin planlanmasında sağlık bakanlığı, işleri bakanlığı ile ortak karar verilmelidir. Bölgesel olarak yaşlı nüfusun hangi bölgelerde yoğunlaştığından hareketle ihtiyaç tespit edilen bölgelerdeki yerel yönetimler tarafından hizmetin sunulması yerinde olacaktır. ASPBB İl Müdürlükleri, hizmetin ölçülmesi ve denetlenmesinden, kurumların açılma izni ve kapatılma kararlarının verilmesi ile ilgili çalışmaları yürütmekten sorumlu olması ise hizmetin daha kaliteli sunulmasına katkı sağlayacaktır.

Sosyal hizmetlerin merkezi yönetim tarafından sunulması yerine yerel yönetimleri güçlendirerek “yerinden yönetim” anlayışını geliştirmek doğru olacaktır. Hizmetler yerelleştirilmeli ve vatandaşların kendi sosyal ortamında yerel dinamiklerce hizmet alması sağlanması mümkün olur. (Genç, Barış, 2015:51). Buna rağmen ihtiyaç duyulan veya duyulmayan her türlü bilginin merkezden takip edilmesi , personelin tüm işlerinin yine buradan takip edilerek; planlama ve onayların merkezden çıkmasının gereği bürokratik kademeleri arttırdığından artmasına, çalışmaların gecikmesine neden olmaktadır. Ayrıca Kamusal hizmetlerin bölgesel koşullar ve problemler göz önüne alınmadan planlanma durumunu doğurmaktadır

Bölgesel olarak yaşlı nüfusun hangi bölgelerde yoğunlaştığından hareketle ihtiyaç tespit edilen bölgelerdeki yerel yönetimler tarafından hizmetin sunulması yerinde olacaktır. ASPBB İl Müdürlükleri, hizmetin ölçülmesi ve denetlenmesinden, kurumların açılma izni ve kapatılma kararlarının verilmesi ile ilgili çalışmaları yürütmekten sorumlu olması ise hizmetin daha kaliteli sunulmasına katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

İnsan hayatında kaçınılmaz bir süreç olan yaşlanma insan yaşamında değişik etkileri sahiptir. Bu etkilerin ortaya çıkması insanın bio-psiko-sosyal ve manevi bir varlık olması ile ilgilidir. Yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmeti için belirlenecek tüm koşullar da (hizmet koşulları ve fiziki mekân ve çevre koşulları) yaşlı bireylerin sayılan boyutlardaki ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayacak doğrultuda dizayn edilmesi yönünde zorunluluk içermektedir.

Tüm canlılarda olduğu gibi insanın yaşamının tüm dönemlerinde en önemli konulardan biri ise yaşam kalitesidir. Özellikle yaşlılık evresinde bireyin kaliteli yaşam sürdürmesi yaşlanma modelleri içerisinde değerlendirilmiştir.

Yaşlılık içeriksel olarak bireyin yaşamında çok boyutlu özellik taşımakla beraber kültürel farklılıklara bağlı olarak da çeşitlilik barındırmaktadır. Bunlardan dolayı yaşlı bireyin bakım ihtiyacının karşılanması esnasında bu özelliklerin, bakım çeşidi modeli ve uygulama alanı belirlenirken göz önünde tutulması önem arz etmektedir.

Dünya nüfus projeksiyonlarına baktığımızda, 2015 ve 2030 yılları arasında, 60 yaş ve üstündeki insan sayısının % 56 büyüyerek 901 milyondan 2050 yılına kadar 1.4 milyara ulaşmasının öngörüldüğünü görmekteyiz. Küresel olarak, 80 yaş ve üzerindeki "en yaşlı" kişilerin sayısı ise diğer yaşlıların sayısından daha hızlı artmaktadır. 2015 yılında 125 milyon olan 80 yaşındaki yaşlı sayısı 2050 yılı Projeksiyonuna göre 434 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu durum 2015 yılında ki çok yaşlı yaşlı sayısının üç katından daha fazlasına tekabül etmektedir (UNDESA, Dünya Yaşlanma Raporu, 2015).

Türkiye’de ise 65 ve daha yukarı yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre, 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği öngörülmektedir. (Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar 2015, Sayı: 21520) Bu noktada altının çizilmesi gereken şey, dünya genelinde ülkelerin yaşlanma eğilimi içerisinde olduğu bundan dolayı da yaşlılık ve yaşlılara yönelik planlanan bakım hizmetlerinin bugün ve gelecek on yıllarda çok daha fazla, ülkelerin gündeminde önemli yer tutmaya devam edecektir.

Bu yüzyılda bireyin yaşam beklentisi artmıştır, fakat uzayan yaşama yaşı bakıma muhtaçlık riski içermektedir. Yaşlanma bireyde çok çeşitli fizyolojik

değişiklikler meydana getirmekte kültürel, çevresel, bedensel kayıplar bağımlılıkları tetiklemektedir. Yaşama yaşının uzamasının muhtemel diğer bir sonucu da kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasıdır. Bunlardan dolayı yaşlılar, teknik olarak karmaşık ve spesifik özelliklerde bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu standarttaki bakım da ancak kurumsal bakım içerisinde oluşturulacak bir sistemle verilebilir.

Tezde belirtildiği üzere yaşlılıkta biyolojik yaş ve kronolojik yaş birbirine paralel gitmeyebilir. Bundan dolayı fiziki çökme ve ruhsal yaşlanma birbirinden önce ya da sonra gelebilmektedir. Dolayısıyla yaşlıların sağlık (bio-psiko, sosyal ve manevi olarak) durumları ile ilgili genellemeler yapmaktan kaçınmak ve her bir yaşının kendi sağlık ve psiko-sosyal durumunu eksiksiz olarak tespit etmek, yaşlı bakım hizmetlerinin etkinliği açısından çok önemlidir.

Yaşlılık; sağlığın korunması, (bio-psiko-sosyal ve manevi açıdan) yükseltilmesi ve bireyin bakıma muhtaçlığını ortadan kaldıracak her düzeyde tıbbi, sosyal ve manevi bakım hizmetlerinin etkili bakım politikaları ile gerçekleştirilmesini gerektiren bir yaşamsal süreçtir. Bu nedenle bakımın sürekliliği, yüksek kalitede tıbbi, sosyal ve manevi hizmetlerin bireyin sağlık gereksinimlerine göre çeşitli düzeylerde ve bir sistem içerisinde insan odaklı olarak verilmesiyle mümkündür. Bu noktadan hareketle tezde, kurumsal bakım hizmetlerini; Tıbbi Bakım Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri, Sosyal Bakım ve Manevi Bakımı hizmetlerini içerecek şekilde planlamasının, personelin nitelik ve niceliğinin bu ihtiyaçları karşılayacak düzeyde olması gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışmada ABD, Japonya ve AB ülkelerinden Birleşik Krallık, Almanya ve İsveç'teki demografik yaşlanma ve bu ülkelerdeki yaşlı bakım sistemleri incelenmiştir. Ülkeler arasında yaşlı bakımı ile ilgili çeşitlilikler vardır. Her birinde kurumsal bakıma ihtiyaç oldukça artmış durumdadır. Fakat özellikle Japonya, AB ülkeleri ve ABD'inde yaşlı nüfustaki hızlı artışın kurum bakımını zorlaştırdığı gözlenmektedir. Bundan dolayı alternatif sistemler geliştirilmektedir. Öte yandan kurumsal bakımın yaşlıların özel ihtiyaçlarına göre belirlenmesi sağlanmaktadır. Bakım ihtiyacının bireysel odaklı ve objektif olarak belirlenmesini sağlayacak ölçeklerden faydalanılmaktadır. Böylece hangi özellikteki yaşlıyı hangi modelden ne kadar süre ile yararlandırılacağına karar verilmektedir. Buna ek olarak bakım hizmetleri çoğunlukla yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır.

Türkiye’de kurumsal yaşlı bakım hizmetleri, Başbakanlığa bağlı SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı bir daire başkanlığı tarafından yürütülmekte iken 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın (ASPB) kurulması ile yaşlı hizmetleri işlemleri, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM) adı altında ihdas edilen genel müdürlük tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Bu hizmetlerin Genel Müdürlük seviyesinde planlanarak yürütülmeye başlanması önemli ve olumlu bir gelişmedir. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2015 verilerine göre; gerçek kişiler ait 163 HYBRM’inde 6.342 yaşlıya hizmet verilmektedir. Yerel yönetimlere bağlı 21 HYBRM’inde 2.041 yaşlıya bakılmaktadır. Toplam 350 HYBRM’inde 23.132 yaşlıya bakılmaktadır.

Yerel yönetimler tarafından toplam bakılan yaşlıların 20’de birine bakılmakta iken özel müteşebbis tarafından yalnızca 4 te birine bakılmaktadır. Tezde Ortaya konulduğu üzere merkezi yönetim tarafından bu merkezlerin işletilmesinin zor olduğu görülmesine rağmen yerel yönetimlerinde bu hizmete gereken ilgiyi göstermediği anlaşılmıştır. Özel müteşebbisler tarafından verilen bakım hizmetinin sayısal ve yatak kapasitesi olarak sınırlı olduğu görülmüştür.

Türkiye’deki huzurevi ve huzurevi yaşlı bakım rehabilitasyon merkezleri üzerinde yapılan betimsel alan araştırmasında; HYBRM’inde hizmetin tüm aşamaları ile yüz yüze olan kuruluş müdürleri ve müdür yardımcıları aracılığı ile bakım hizmeti, tüm boyutları açısından değerlendirilmiştir. Araştırma GZFT metodu kullanılmıştır. Bu teknik ile hizmetin güçlü zayıf yanları, fırsat ve tehditleri araştırılmıştır. Ardından GZFT analiz tekniği ile birlikte kullanılan AHP tekniği GZFT ile birleştirilmiştir. İki tekniğin birleştirilerek kullanılması ile ortaya A’WOT adı verilen melez bir teknik çıkmaktadır. Önce GZFT tekniği ile Güçlü, Zayıf yanlar Fırsat ve tehditler boyutları ve bu boyutların alt başlıkları belirlenmiş ve AHP tekniği ile nicel olan sonuçlar nitel hale getirilerek analiz edilmiştir.

Kurumlar üzerine yapılan inceleme ve analizlerden anlaşılmıştır ki, kuruluşların işleyişini etkileyen en önemli boyutlar; yasal mevzuat, örgütlenme biçimi, hizmet binalarının konumu, fiziksel koşulları, personel yapısı ve hizmetin içeriği başlıklarıdır. Tezde kullanılan melez teknik A’WOT analizi ile kurumsal bakım hizmetlerinde güçlü yanlar boyutundan başlayarak zayıf yanlar, fırsat ve tehditler sırası ile incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre güçlü yönler boyutunda en önemli alt boyutu %29,9 ile Binanın Konumu olmuştur. Bunu %22,1 ile Fiziksel Koşullar ve tefrişat ve %14,9 ile Sağlık Hizmet Sunumu takip etmiştir. Buna göre kurum çalışanları, en önemli güçlü yön olarak binanın konumuna işaret etmişlerdir. Araştırmaya göre en önemli güçlü yan olarak tespit edilen binanın konumu ile kastedilen binanın merkezde olması, ulaşımın kolay olması, cami, hastane, vb. yerlere yakın olmasıdır. Böylece yaşlıların sosyal hayata entegrasyonu sağlanmakta ve ihtiyaçları özellikle sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamaları kolaylaşmaktadır.

İkinci önemli güçlü yön olan Fiziksel Koşullar boyutunun dağılımını incelediğimizde tefrişatın ev ortamına uygun yapılmış olmasının ve fiziki şartların verilen hizmete uygun olması üzerinde durulmuştur.

Üçüncü önemli güçlü yön olan Sağlık Hizmet Sunumu boyutunun dağılımını incelendiğinde; Rehabilitasyon hizmeti verilmesi, Fizyoterapi salonu ve fizyoterapistin bulunması, kurumun güçlü olmasını sağlayan önemli boyutlar olarak belirtilmiştir.

Bu sonuca göre kurumsal bakım merkezleri (özellikle bakıma muhtaç bireyler için) sağlık hizmeti içermelidir. Sağlık Hizmeti içeriğinde; doktor muayenesi, hemşirelik hizmetleri, Fizyoterapi uygulamaları, psikolojik destek hizmetlerini kapsamaktadır. Bakım hizmet sürecinin basamakları; klinik değerlendirme, bakım planı oluşturulması, bakım planının uygulanması, hizmetin öz değerlendirmeye tabii tutulması, sonuçların raporlanması, raporların interdisipliner ekip tarafından vaka toplantısında değerlendirilmesinin uygun olduğu tespit edilmiştir.

Dördüncü en önemli güçlü yön olan Personel nitelik, nicelik boyutuna ait alt boyutların değerlendirmesine göre; tecrübeli çalışanlar, personelin sayısal yeterliliği ve bakım elemanlarının sayısal ve mesleki yeterliliği kurumun güçlü olmasında önemli değer olarak göstermişlerdir.

Son olarak üzerinde durulan en önemli güçlü yönlerden olan hizmet yöntem, anlayış boyutuna ait alt boyutların değerlendirmesine göre merkezi yönetim, temizlik, hijyenik bakım sunumu ve kaliteli hizmet kurumun güçlü olmasında önemli değerler olarak vurgulanmıştır.

GZFT analizinin ikinci boyutu olan zayıf yönler kategorisinin en önemli alt boyutu %30,8 ile konum olmuştur. Bunu %22,5 ile fiziksel koşullar ve %14,8 ile

personel nitel, nicel durumu takip etmiştir ve ardından huzurevi ihtiyacının artması ile araç ihtiyacı zayıf yön olarak üzerinde durulan boyutlar olmuştur. Binanın konumu boyutu içerisinde değerlendirmede kurumun zayıf yanı diye belirtilen boyutlar; Merkeze uzak olması, bahçenin yetersiz olması, kurumun hastanelere uzak olması olarak belirtilmiştir.

Zayıf yönler boyutunun ikinci başlığı fiziksel koşullardır. Fiziksel koşullar başlığı altında değerlendirilen alt boyutlar; binanın huzurevine uygun olmayışı buna bağlı olarak alt yapı eksiklikleri, hobi faaliyet atölyelerinin olmayışı, tek kişilik odaların az olması kurumsal zayıf yan olarak tespit edilmiştir.

Zayıf yönler kategorisinin üçüncü önemli alt boyutu; personel nitel, nicel durumdur ve bunun altındaki alt boyutlar sağlık personelinin (doktor, hemşire, fizyoterapist vb.) azlığı, satın alma işlerinden anlayan uzman memurların olmaması hizmet içi eğitim programlarının azlığı üzerinde durulan boyutlardır. Zayıf yönlerin dördüncü en önemli başlığı, Farklı yaşlı gruplardır. Bu kategorinin altında iki boyut eşdeğer önemli bulunmuştur. Bunlardan birincisi” Bakım yaşlısı ile sağlıklı yaşlının aynı ortamda bakılması” ikincisi ise farklı sosyo-ekonomik seviyelerden gelmiş yaşlıların birlikte bakılmasıdır.

Fırsatlar kategorisinde en önemli alt boyut %30,7 ile Hizmet yöntem, anlayış olmuştur. Bunu %21,8 ile Benzer Özellikteki Yaşlılar ve %15,4 ile Binanın konumu takip etmiştir. Buna göre kurum çalışanları İmaj ile Mevzuat ve merkezi yönetim boyutlarını da önemli fırsatlar olarak belirtmişlerdir.

Tehditler kategorisinde en önemli alt boyut %30,3 ile Fiziksel koşullar olmuştur. Bunu %21,9 ile Yaşlılık ve %16,3 ile Personel nitel, nicel durum takip etmiştir. Ardından da mevzuat ve merkezi yönetim ile huzurevi ihtiyacının artması olası tehditler olarak vurgulanmıştır.

GZFT analizinin Fırsatlar kategorisi altında sağlık hizmet sunumu başlığı alt boyutların da, %17,4 ile kurumun hastaneye yakın olması ve Aile hekimine yakın olması önemli fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bakım merkezinin üniversite hastanesine yakın olması, sağlık kontrollerinin düzenli yapılabiliyor olması, fizyoterapi servisinin olması başlığı altındaki boyutlar dikkat çekmektedir. Bu açıklamalardan vardığımız sonuç yaşlıların ciddi anlamda sağlık desteğine ihtiyaç duyduğudur. Bu anlamda, bu destek ya kurum içinde sağlık personeli (doktor)

çalıştırılarak sağlanabilecektir veya kurumun sağlık desteği alınabilecek noktalara yakın olması sağlanarak yaşlıların bu ihtiyacının giderilebileceği üzerinde durulmuştur.

Hastaneden uzman doktorun getirilmesi, düzenli sağlık kontrolleri yapılması talebi, sağlık kuruluşlarına kolay ulaşım üniversite hastanesine yakın olarak HYBRM planlanması yönündeki istekler düşünüldüğünde, sağlık hizmetinin bakım merkezlerinde yaşayan yaşlılar için ne denli ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Bu verilerden hareketle kurumsal bakım merkezleri demans, alzheimer gibi sebeplerden dolayı bakım ihtiyacı olan bireyler için ayrı düşünülerek geriatri hastaneleri ile irtibat sağlanabilecek noktalarda kurularak yaşlıların yüksek yararı gözetilmiş olacağı ortaya çıkmıştır.

GZFT analizinin dört boyutunda (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar ve Tehditler) önem dereceleri farklı olmakla birlikte personelin nitel ve nicel özelliklerinin duruma göre kuruluşa güç kazandırmakta olduğu, duruma göre de zayıf yan oluşturmakta veya tehdit oluşturduğu tespit edilmiştir.

Türkiye’de Kurumsal yaşlı bakım hizmeti devlet, yerel yönetim, STK’lar, şahıslar tarafından verilmekte ancak fiziksel koşullar, personel ve hizmet sunumu açısından standart koşulların varlığından bahsedilememektedir. Bu durumun sebebi farklı aktörler tarafından bu hizmetin veriliyor olmasından dolayı mevzuatın da bu doğrultuda dağınık olmasıyla ilişkilidir. Sektördeki tüm aktörler için eşit sorumluluklar getirilmesi; hizmet sunumunun standartlaşması ve kalitesinin artması açısından önemlidir.

Çalışmada bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kurumsal hizmetler için standart koşulların oluşturulmasına yasal sistemin tek çatı altında toplanmasından başlanması gerektiği sonucuna varılmıştır. İlgili kurumların görev ve sorumluluklarının yeniden belirlenmesi, özellikle bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin ihtisaslaşmasını sağlayacak yasal alt yapının oluşturulması açısından gereklidir. Bunun yanı sıra hizmet binalarının çevresinin ve iç fiziki mekânının hizmet alan ihtiyacına göre düzenlenmesini sağlayacak boyutların gözden geçirilmesi, var olan yaşlı bakım kuruluşlarının da kısa sürede bu boyutlara uygun olarak dönüşümünün sağlanmasının gerekliliği bakıma muhtaç yaşlıların daha nitelikli bakım hizmetinden faydalanmaları açısından çok önemli olduğu anlaşılmıştır.

Yaşlı bakım merkezlerinin konum ve donanım açısından planlanmasında sağlık bakanlığı, içişleri bakanlığı ortak hareket ederek bakıma muhtaç yaşlı nüfusun bölgesel yoğunluğuna ve bölgenin sosyo-kültürel özelliklerine göre hizmet modellerinin planlamasının yapılması, yaşlı nüfus açısından yararlı olacağı görülmüştür. Diğer yandan ASPB İl Müdürlükleri; hizmetin niteliğinin ölçülmesi ve denetlenmesi, kurumların açılması, kapatılması ile ilgili çalışmaları yürütmekten sorumlu olması ve hizmet sunumunun yerel yönetimler, özel müteşebbisler aracılığı ile verilmesinin de hizmetin daha kaliteli sunulmasını sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

HYBRM'nin büyük şehirlerde sağlık merkezlerine yakın, şehir merkezlerinden fazla uzakta olmayan, şehir içi ulaşım araçlarından yararlanabilecekleri alanlara yakın olacak mevkilerde yer alması, kapasitesinin küçük olması, tek veya iki kişilik banyolu, tuvaetli, suit yada normal oda koşullarında bulunması ve gerekli kullanım alanlarına sahip hem optimal verimliliği sağlayacak hem de yaşlıları sıcak bir ortamda gerçekten huzurlu kılacak şekilde düzenlenmesi sonucunu getirecektir.

Binaların, çok katlı olmaması, merdivenlerin geniş basamaklı olması, katların yarım kat şeklinde oluşması, merdivenlerde tutamak olması, tekerlekli sandalye kullananlar için asansör kapılarının rahat açılabilmesi, giriş yerinde rampa olması, banyo ve tuvalet vb. ortak kullanım alanlarında kapı eşiğinin olmaması gibi fiziksel koşullarının düzenlenmesi özel bakıma ve rehabilitasyona ihtiyacı olan yaşlılara ayrılacak bölümlerin birbirlerinden bağımsız, ihtiyaca cevap verebilecek nitelikte olması gerekmektedir. Hepsinden önemlisi bu koşullar için interdisipliner bir ekip tarafından standart çalışması yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Standart çalışması; Türk Standartları Enstitüsü, Sağlık ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı arasında yapılacak bir protokolle oluşturulacak uzman bir ekip tarafından bakım hizmet şartları ve modelleri, bakım güvenliği standartlarının belirlenmesi üzerine yapılacak bir çalışmaya ortaya konulması gerekmektedir. Belirlenecek olan bu ulusal ölçekteki standartlar ile bakım hizmeti sunan tüm kurumların denetim ve takibi kolaylaşacaktır.

Mevcut kuruluşların mimari eksiklikleri, yaşlıların yaşam kalitesine olumsuz etkide bulunmaktadır. Bu merkezlerin özellikle bu amaca hizmet edecek şekilde inşa

edilmemesinin ciddi sorunlar yarattığı ve ihtiyacın insan odaklı giderilmesi açısından problemler içerdiği sonucuna varılmıştır. Örneğin yaşlıların boş zamanlarını değerlendireceği, rekreasyonel aktiviteler yapabilecekleri mekânlar ya bulunmamakta ya da yeterli ölçekte ve çeşitte tüm HYBRM yer almadığı gibi yaşlının fiziksel ihtiyaçlarını giderecek detayda olmadığı anlaşılmıştır.

Ayrıca Huzurevi ve bakım merkezlerini ayrı binalarda hatta ayrı bölgelerde planlaması yönünde ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Özel bakıma ihtiyaç duyan ve sağlıklı yaşlıların aynı mekânlarda bulunması yaşlıların sosyo-psikolojik açıdan menfi etkileneşine neden olduğu bildirilmiştir Buna ek olarak. bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde daha fazla sağlık destekli bakım hizmetlerinin verilmesi şiddetle talep edilmektedir.

Bundan dolayı buralarda geriatri ve geropsikiyatri merkezleri ile koordineli çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda bu merkezlerin de yaşlı bireylerin farklı sağlık ve hastalık durumlarına göre tasnif edilmesine ihtiyaç vardır. Örneğin bir Alzheimer yaşlısının bakım ihtiyaçları fiziksel ve hizmet açısından diğer bakım yaşlıları ile farklılık göstermektedir. Bakım evlerinin bu şekilde ayrıştırılması ile sağlık ve sosyal bakım alanında uzmanlaşmanın da önünün açılacağı ortaya çıkmıştır.

Tezden anlaşıldığı gibi bakım hizmetlerinin istenilen kalite ve düzeyde gerçekleşmesi için en önemli kaynak eğitimli insan kaynağıdır. Bundan dolayı kurumda gerekli olan tüm meslek gruplarından yaşlı sayısına uygun sayıda personel çalıştırılması gereklidir.

Ayrıca yapılan tespiti göre spesifik bir alan olan yaşlı bakımı alanında her meslek grubu için (Doktor, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, bakım elamanı vd.) uzmanlaşmış olmasına ihtiyaç vardır. Uzmanlaşma; kurum içinde staj, süpervizör eşliğinde çalışma rutinleri ile gerçekleştirilebileceği gibi üniversitelerin ilgili bölümlerinde yüksek lisans programları ile de uzmanlaşma sağlanabileceği kanaatine varılmıştır.

Yaşlılık ve yaşlı bakımı, geriatri, geropsikiyatri, gerontoloji, yaşlılar için fizyoterapi vd. alanlarda uzmanlara ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır. Bugüne kadar bu hizmetleri veren personel, mesleki bir uzmanlaşma olmadan kurumlarda istihdam edilmekte üniversitelerin genelci bir yaklaşımla verdikleri eğitim ile yetinilmektedir.

Böyle bir durum da bakım kalitesi ve standardı ihtiyaçların karşılanmasında yetersizliğe neden olmaktadır. Bundan dolayı mesai üzerinden üniversitelerle işbirliği yapılarak bu alanlarla ilgili her meslek dalında uzmanlar yetiştirilmesi yoluna gidilmesine acil ihtiyaç vardır.

Bunlara ek olarak ASPB’da sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensupları ile diğer çalışanların iş ve görev tanımlarının belirlenmesine yönelik mevzuat çalışmasının yenilemesine ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın tamamından elde ettiğimiz sonuçlara göre kurumsal yaşlı bakım hizmetini makro ve mikro düzeyde değerlendirmek ve bu doğrultuda çalışmaları kurgulamak gerektiği görülmüştür. Modelin kurgusu da bu doğrultuda düşünülmüştür. Politikaların belirlenmesi ve politika belirlerken hareket edilmesi gereken parametreler aşağıda olduğu gibi tespit edilmiştir.

Makro düzeyde bakım merkezlerinin örgütlenme biçimini değerlendirdik ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinin ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından mevzuat hazırlama, standart belirleme ve geliştirme, ihtiyaç planı hazırlama, kurum açılış-kapanış onayları, denetleme işlemlerini yürütmesinin öte yandan yerel yönetimler/kişi ve şahıslar/vakıf ve dernekler yaşlı bakım merkezlerinin işletilmesi) sağlık bakanlığı(geriatri hastaneleri) koordinesinde işletilmesi yönünde tespitler yapılmıştır.

Finansal açıdan bakımın sürdürülebilirliği için Bakım Sigortası ihdas edilmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Tezde gösterildiği üzere, ***Yaşlılara Yönelik Kurumsal Bakım Politika Parametreleri:***

- ✓ Bütüncül Yasal Alt Yapı (Yasal mevzuatın tek çatı altında toplanması,)
- ✓ Örgütlenme Biçimi Kurumsal Yaşlı bakım merkezlerinin Yerel yönetimler tarafından işletilmesi
- ✓ Kurumsal Hizmet Verecek Personel ve Donanımı Eğitimli ve donanımlı Meslek elemanı ve Bakım elemanları yetiştirilmesi ile ilgili politikalar geliştirilmesi
- ✓ Bakım merkezi Çevre ve Fiziksel Koşullar İhtisaslaşmış bakım merkezlerinin fiziksel standartlarının belirlenmesi ve hızlı şekilde var olanların dönüştürülmesi,

- ✓ Bütüncül Hizmet Yaklaşımı Bakımın bütüncül yaklaşım ile sunulması (Sağlık bakımı, sosyal bakım, manevi bakım, rehabilitasyon)
- ✓ Yaşlılar için bakım ihtiyacı düzeyinin belirlenmesi, bakım ihtiyacının sınıflandırılması,
- ✓ Kişiyeye uygun bakım hizmetinde ihtisaslaşmış modellerin geliştirilmesi,
- ✓ İnterdisipliner çalışma ekipleri oluşturulması,

Bunlara ek olarak kurumsal bakım merkezlerinde bakım hizmeti içeriksel olarak:

Tıbbi Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri

- Geriatrik Takip
- Hemşirelik Hizmetleri
- Psikiyatrik Tedavi
- Fizyoterapi Uygulamaları

Tıbbi Bakım

- Fiziki Bakım (Öz Bakım)
- Beslenme Takibi

Sosyal Bakım

- Psiko- Sosyal destek hizmetleri
- Sosyo-kültürel Faaliyetler

Tezde ortaya koyulduğu üzere, ASPB bünyesinde bakım merkezlerinde bakım hizmetini verecek olan uzman ve diğer tüm ekip üyelerinin kim ve hangi standart özelliklere sahip olan kişilerden oluşacağını, üniversitelerle koordinasyonlu şekilde yürütecek *Sosyal Hizmet ve Sosyal Bakım Meslekleri Kurulu* aracılığı ile tespit edilmesine ihtiyaç vardır.

Bu kurul görevleri aşağıda olduğu gibi belirlenmesi yerinde olacaktır:

- a) Yeni bir sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleğinin veya dalının ihdasında görüş bildirmeli.
- b) Sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmeli.
- c) Sosyal hizmet ve sosyal bakım mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek ile uyumu denetlemeli.

- ç) Mesleki uygulamalarda yetersizliği tespit edilen Sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensuplarının mesleki yeterlilik, etik ilkeler eğitimine tâbi tutulmasına ve bu eğitimlerin süresi ile müfredatına karar vermeli.
- d) Sağlık engeli sebebiyle mesleğin icrasının yasaklanmasına karar vermeli.
- e) Meslek icrasından geçici veya sürekli men etmeye karar vermeli.
- f) İstihdam planlamalarında görüş vermeli.
- g) Sosyal hizmet ve sosyal bakım meslek mensuplarının sertifikalı eğitim alanları ve sertifikalı eğitim alanlarının müfredatları hakkında görüş bildirmeli.

Çalışmada, yaşlı hizmetlerinde hedefin, sağlıklı ve kaliteli yaşam ile fonksiyonel bağımsızlık düzeyi artmış bir yaşlılık döneminin sağlanması olduğu anlaşılmıştır. Bundan dolayı bakıma muhtaç yaşlılar için planlanmış olan bakım ve rehabilitasyon hizmetleri için merkezlerin fiziksel yapıları, insan kaynakları, hizmet sunumu açısından oluşturulurken yaşlılığın tıbbi, sosyolojik, psikolojik ve manevi ihtiyaçlarının varlığından hareket edilerek bütüncül yaklaşım ile planlanarak yürütülmesi gerektiği doğrultusunda ihtiyaç ortaya çıkmıştır.

KAYNAKÇA

Abramson, Tobi A., Laura Trejo, Daniel W. L. Lai: “Culture And Mental Health: Provding Appropriate Services For A Diverse Older Population”, **Generations**, 26:1, 2002, s. 21-27.

Acet, Mehmet: “Yaşlılık ile Birlikte Organizmada Meydana Gelen Değişimler ve Yaşlılık”, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt, Sayı 2, 1999, s.301-314.

Achenbaum, W. A., Daniel M. A.: **Profiles in Gerontology: A Biographical Dictionary**, Greenwood Press, London, 1995.

Adasal, Rasim: **Ruh Hastalıkları**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Sayı: 329, 1954.

Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları: **Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler**, Ankara, 2011.

Akbaba, Gülgün: “Yaşlanma ve Ergonomi”, Bilim ve Teknik Dergisi, **TÜBİTAK Yayınları**, 1994, Sayı: 317.

Akdemir, Nuran, Akyar, İmatullah: Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon, **Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongre Kitabı**, Ankara, 2012.

Akdemir, Nuran, Hatice, Bostanoğlu, Sabire Yurtsever, Sevinç Kutlutürkan, Sevgisun Kapucu, Zeynep Canlı Özer: “Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmeti Gereksinimleri”, **Dicle Üniversitesi Tıp Dergisi**, Cilt. 38, S. 1, 2011, s. 57-65

Akdemir, Nuran: **Hemşirelik Bakımı, Geriatri I**, Ankara, Hekimler Birliği Yayını, 1997.

Akın, Belgin, Ümit Seviğ, Nimet Karataş: “Türkiye’de Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 5819, 2001, s.33-39.

Akınsal, Emre Can, Mustafa Sofikerim: Prostat Kanseri ve Kemoterapi, **Türk Üroloji Sempozyumu**, 1, 2010, 207.

Akkuş, Yeliz, Sevgisun Kapucu: “Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunları”, **İç Hastalıkları Dergisi**, 1, 5-3, s. 131-135.

Aközer Mehmet., Cenap Nuhrat, Şebnem Say: “Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması”, **Aile ve Toplum Dergisi**, 2011, Yıl: 12 Cilt: 7 Sayı: 27, Ekim- Kasım-Aralık s.104.

Aksoydan, Emine: “Are Developing Countries Ready for Ageing Populations? An Examination on The Socio Demographic, Economic, and Health Status of Elderly in Turkey” **Turkish Journal of Geriatrics**, 2009; 12 (2): 102-109.

Aksoydan, Emine: **Yaşlılık ve Beslenme**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara, 2012.

Akyar, İmatullah, Akdemir, Nuran: “Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 2009, 32–49

Akyar, İmatullah: “Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri ” **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 2011, 79-88.

Alptekin Duygu: “Geronto-sosyoloji Ekseninde Yaşlılık Sürecinin Sosyo-Ekonomik Boyutları”, **Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü**, 2011, Yıl: 2, Cilt: 2, Sayı: 3, s. 7-15.

Altan, Ömer Zühtü, Şişman, Yener: “Yaşlılara yönelik sosyal politikalar” **Kamu-İş; İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, 2003, Cilt 7, Sayı 2.

Altan, Ömer, Zühtü: **Sosyal Politika Dersleri**, Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları, 2006, 2.Basım. Eskişehir.

American Psychiatry Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Dsm IV**, 1994, Fourth Edition, Washington.

Ankara Yaşlanmasının Etkileri ile Yaşlı Bakımında Sürdürülebilir Politikalar ve Stratejiler Projesi: **Yaşlılar İçin Elele**, 2014, Flavius Sağlıklı Yaşam Grubu Yayını, s.186.

Apaydın, Hülya, Sibel Özekmekçi, Semra Oğuz, İsmail Zileli: Parkinson Hastalığı Hasta ve Yakınları İçin El Kitabı, **Parkinson Hastaları Derneği**, İstanbul, 2008.

Arasıl, Tansu: **Yaşlanma ve Apopitozis, Yaşlılık Sık Rastlanan Sorunlar**, Ed.: Y. G. Kutsal, K. Selekler, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2007.

Arpacı, Fatma, Ali Fuat Ersoy: “Evde Yaşayan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaya İlişkin Görüşleri”, **Aile Ve Toplum Dergisi**, 2009, Yıl :11 Cilt: 5 Sayı: 18 Temmuz – Ağustos – Eylül, 87-98.

Arpacı, Fatma: **Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık**, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Kültür ve Eğitim Yayınları, Ankara, 2005.

Arun, Özgür, Aylin Çakıroğlu Çevik: “Quality of life in Ageing Societies: Italy, Portugal and Turkey”, **Educational Gerontology**, 2011, 37:11, 945-966,

Arun, Özgür: “Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar”, **Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2008, 7(2): 313-330.

Aslan, Dilek, Ertem, Melikşah: **Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler**, HASUDER Yayın No: 2012-1.

Aslan, Dilek, Meltem Şengelen, Nazmi Bilir: **Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar**, Geriatri Derneği Eğitim Serisi No: 1, Ankara, 2008.

Atalay, Beşir: “Türk Aile Yapısı Araştırması”, **Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü Araştırma Dergisi**, Ankara, No: 4211, 1993.

Atauz, Sevil: “Neden Sosyal Hizmet?”, **Prof. Dr. Sema Kut’a Armağan, Yaşam Boyu Sosyal Hizmet**, Ed. By Nesrin Koşar, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, s. 85-93. 1999.

Atchley, Robert C.: “A Continuity Theory of Normal Aging”, **The Gerontologist**, 1989, 29(2), s. 183–190.

Atlı, Kurtuluş, A. Nihat Bozcuk: “Telomer ve Hücrel Yaşlanma”, **Türk Geriatri Dergisi**, 2002, Cilt:5, Sayı:3, s.111.

Australian Government Productivity: **Trends in Aged Care Services: Some Implications**, Melbourne, 2008.

Avrupa Birliği Bakanlığı/Sosyal, Bölgesel ve Yenilikçi Politikalar Başkanlığı: **2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller arası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu**, Ankara, 2012.

Aydın, Dilek. Zeynep: “Yaşlıda İmmobilite ve Sonuçları”, **Nobel Medicus Dergisi**, 2007, Cilt: 3, Sayı:2, 12-17.

Aydın, Mehmet: **Din Felsefesi**, Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, 7. Baskı İzmir, 1999.

Bahar, Aynur, Parlar, Serap: “Yaşlılık ve Evde Bakım”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt:2, Sayı:4, 2007, s. 33-39.

Bahar, Güven, Aynur Bahar ve Haluk A. Savaş: “Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, Cilt:4, Sayı:12, 2009, s. 85-98.

Baltes Margret M.: **The Many Faces of Dependency in Old Age**, Cambridge University Press, New York, 1996.

Baltes, Paul. B., Baltes, Margret. M.: **Successful Aging**, Cambridge University Press, New York, 1990.

Baran G. A.: “Yaşlılık Sosyolojisi”, Velittin Kalıncara (Derleyen.), **Yaşlılık; Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler**, Odak İletişim, İstanbul, 2004.

Barker, Robert L.: **The Social Work Dictionary**, NASW Press, Washington, 1999.

Barlas, Gül, Ünsal, Nevin Onan: “Alzheimer Hastası ve Aileleri İle İletişim”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2008, 11: 4.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları: **Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara örneği**, Genel Yayın No:127, Ankara, 2005.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları: **Aile Yapısı Araştırması**, Ankara, 2006.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları: **Yerinde Bilgi Edinme Projesi**, Ülke Raporları, Ankara, 2006.

Baue Arthur. E.: “Prevention Of Venous Thrombosis And Pulmonary Embolism”, **JAMA**, 1986, 256 (6): 744–749.

Beğer, Tanju: “Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi”, **Yoğun Bakım Dergisi**, Cilt 4, Sayı 4, 2004, 244-253.

Bekaroğlu, Mehmet: “Yaşlılık Dönemlerinin Ruhsal Sorunları”, **Aile ve Toplum Dergisi**, Mart 1991, S.103-105.

Bell, David, Alison Bowes, Dawson, A. Dawson ve Roberts Dawson: **Establishing the Evidence Base for an Evaluation of Free Personal Care in Scotland**, Edinburgh, Scottish Executive, (Çevrimiçi), <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/16110723/0>, 09 Haziran 2016.

Berg, Stig, Laurence G. Branch, Anne Doyle, ve Gerdt Sundstrom: “Local Variations in Old-Age Care in The Welfare-State: The Case Of Sweden”, **Health Policy**, 24, 2, 1993, s. 175–186.

Bergmark, Ake, Marti G. Parker, Mats Thorslund: “Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines?”, **Journal of Medical Ethics**, 26, 5, 2000, s. 312–318.

Bertan, Münevver ve Çağatay Güler: **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Ankara, Güneş Kitabevi, 1995.

- Biçer, Hakkı: **Sosyal Sorunlar Çerçevesinde Yaşlılar**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Ankara, 2002.
- Biçer, Sema: **60+ Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1996.
- Bilgin, Y., Ö. Aydın, Y. Gökçe: **Yaşlı Bakımında Bakım Standartları**, Türk Alman Sağlık Vakfı Yayınları, İstanbul, 2002.
- Bilir, Nazmi: **Sigara ve Kanser**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008.
- Boltz, Marie: “The Family Caregiver: An Untapped Resource”, **Geriatric Nursing**, 2012, 33(2):137-139.
- Bond, John, Roger Briggs: **The Study of Ageing, Ageing in Society: An Introduction to Social Gerontology**, 2nd ed., Sage Publications, London, 1996.
- Bowes, Alison ve David Bell: “Free Personal Care for Older People in Scotland: Issues and Implications”, **Social Policy & Society**, 2007, 6: 3, s. 435-445.
- Bowes, Alison: “Introduction: Themed Section on the Costs of Long-Term Care for Older People”, **Social Policy&Society**, 6:3, 2007, s. 349-351.
- Boyle, P., Carolyn Dresler: “Preventing the lung cancer epidemic”, **Annals of Oncology**, 2005 Oct; 16(10):1565-1566.
- Bozdemir, Nafiz ve Meryem Tokgöz: **Toplumdaki Yaşlı ve Yaşlanmakta Olan Bireylerin Rehabilitasyonu ve Sosyal Uyum Projesi**, İstanbul, 2002.

Bronstein, Laura R. ve Kristen Admiraal: “Implications of an Aging Population on the Delivery of Public Sector Social Services”, **Families in Society**, 86:1, 2005, s. 47-54.

Browning, M.: **Depression, Suicide and Bereavement**, Missouri, Maby Year Book, 1995.

Budak, Selçuk: **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2004.

Buğra, Ayşe ve Çağlar Keyder: **Sosyal Politika Yazıları**, İletişim Yayınları, İstanbul, 2006.

Burcu Gökçe, Yılmaz Akın: “Avrupa Birliğinin Yaşlanma Sorununa Bir Çözüm Olarak

Büyükcoşkun, Afet: **Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1990.

Büyükcoşkun, Afet: **Yaşlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları**, Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Ed. by: İnci Erefe, İstanbul: Birlik Ofset, 1998.

Campbell, John Creighton, Ikegami, Naoki : **Long-term care insurance comes to Japan**, Health Affairs (Millwood), 2000, 19, 26–39.

Canatan, Ayşe: **Sosyal Yönleriyle Yaşlılık**, Ankara, Palme Yayıncılık, 2008.

Canda, Edward R., Leola Dyrud Furman: **Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping**, New York, Oxford University Press, 2010.

Cangöz, Banu: **Yaşlılıkta Bilişsel ve Psikolojik Değişim**, (Çevrimiçi)
http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/19.pdf. 20
Haziran 2017.

Capezuti, Elizabeth A., Michael L. Malone, Paul R., Katz, Mathy Mezey: **The Encyclopedia of Elder Care: The Comprehensive Resource on Geriatric Health And Social Care**, Springer Publishing Company Third Edition, Newyork, 2013.

Challis, David, Jane Hughes, Sally Jacobs, Karen Stewart, Kate Weiner: “Are Different Forms of Care-Management for Older People in England Associated with Variations in Case- Mix, Service Use And Care-Managers’ Use of Time?”, **Ageing and Society**, 2007, 27.

Challis, David, Robin Darton, Jane Hughes, Karen Stewart, Kate Weiner: “Intensive Care Management at Home: an Alternative to Institutional Care?”, **Age and Ageing**, 2001, 30.

Cheung, Jacky Chau Kiu, Alex Yui Huen Kwan, Sophia Siu Chee Chan, Raymond Man Hung Ngan, Sik Hung Ng, Edward man Fuk Leung ve Anna Lau: “Quality of Life in Older Adults: Benefits From Caring Services in Hong Kong”, **Social Indicators Research**, 71, 2005 s. 291-334.

Chinitz, David: “Israel's Health Policy Breakthrough: The Politics of Reform and The Reform of Politics”, **Journal of Health Politics and Policy Law**, 1995, 20(4).

Clarfield, Mark A., Ari Paltiel, Y. Gindin, B. Morginstin, T. Dwolatzky: “Country profile: Israel”, **Journal of Geriatric Society**, 48(8), 2000, s. 980-984.

Clarfield, Mark A.: “Challenges of Caring for the Israeli Elder Population”, **Geriatric Times**, 2(6), Kasım/Aralık 2001.

Clarke, Philippa, Marshall, Victor, House, James, Lantz, Paula: The Social Structuring of Mental Course Health over the Adult Life: Advancing Theory in the Sociology of Aging, **Sociel Forces**, June 2011, 89(4) 1287-1314.

Çakatay, Ufuk, Refik Kayalı: “Serbest Radikal Biyokimyasının Tarihsel Süreçteki Gelişimi”, **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, 2006; 37:162 – 16.

Çakmur, Ratif: “Parkinson Hastalığı ve Medikal Tedavisi”, **Klinik Gelişim Dergisi**, 2010, 23(1), 53-60.

Çekal, Nurten: Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Beslenme Servisi Örgütünden Memnuniyet Durumları, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, Yıl:8 Cilt: 3, 2006, Sayı:10.

Çelik, Aziz: **AB Sosyal Politikası**, Kitap Yayınevi, İstanbul, 2006.

Çerik, Oğuz: “Yaşlılıkta Sosyal ve Manevi Bakım”, Bayraktar, F. (Editör), Yaşlılık Dönemi ve Problemleri, **İslami İlimler Araştırma Vakfı Tartışmalı İlimi Toplantılar Dizisi**: 51, İstanbul, 2007.

Çilingiroğlu, Nesrin, Demirel, Simge: “Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı”, **Türk Geriatri Dergisi**, Cilt 7, Sayı 4, 2004, s. 226.

Çoban, Arzu İçağasıoğlu: “Yalnız Yaşayan Yaşlılara İlişkin Aile Politikaları”, **Aile ve Toplum Dergisi**, cilt: 2, sayı: 8, 2005.

Çoban, Bilal, Yunus Emre Karakaya: “Geleceği Planlamada Stratejik Yönetim ve Swot Analizi: Kavramsal Yaklaşımlar”, **Journal of New World Sciences Academy**, 2010, Volume:5, 348.

Çohaz, Abdurrahman: “Türkiye’de Yaşlı Ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri”, **Akademik Geriatri 2010 Kongresi Konuşma Metinleri**, 122-126, (Çevrimiçi) <http://www.akademikgeriatri.org/tr/konusma-metinleri>, 20 Mayıs 2016.

Daly, John, Sandra Speedy, Debra Jackson: **Leadership and Nursing**, Elsevier, Australia, 2004.

Danış, Mehmet Zafer, Yusuf Genç: “Kurumsal Bakım Elemanlarının Genel Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, S:2, 2011, s. 170-183.

Danış, Mehmet Zafer: “Community Based Care Understanding and Social Services: A Care Model Proposal from Turkey”, **Turkish Journal of Geriatrics**, 2008, 11 (2), s. 94-105.

Danış, Mehmet Zafer: “Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, 20(1), 2009.

Danış, Mehmet Zafer: “Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık”, **GEBAM**, 2006.

Davey, Adam, Jyoti Salvat, Gerdt Sundström, Steven H. Zarit ve Bo Malberg: “How equitable is Sweden’s changing care-mix? Linking Individual and Regional Characteristics over Time”, **Age and Society**, 2007, 27, s. 511-532.

Davey, Adam, L. Johansson, Bo Malmberg, Gerdt Sundstrom: “Unequal but equitable: an analysis of variations in old-age care in Sweden”, **European Journal of Ageing**, 3:1, 2006, s. 34-40.

Davison, Gerald, C., Neale, John M.: **Anormal Psikolojisi**, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, (Çev. Ed.: İhsan Dağ), Ankara, 2004.

Demirci, Sema, Betül Z. Yalçın, Göksel Bakaç, Cengiz Dayan, Fikret Aysal, Sevim Baybaş:“İnmelerde Tekrarlayıcılığı Etkileyen Risk Faktörleri”, **Düşünen Adam**, Cilt 23, Sayı 1, 2010, s.38-43.

Demirsoy, Ali: “Yaşlanmanın ve Ölümün Evrimsel Öyküsü”, **Geriatry** 1, 1998, (1), 1-12.

Devlet İstatistik Kurumu: **Türkiye Engelliler Araştırması 2002**, DİE Matbaası, Ankara, 2004.

Devlet Planlama Teşkilatı: **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**, 2003 Yılı Programı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2003.pdf>.

Devlet Planlama Teşkilatı: **Türk Aile yapısı Araştırması**, 1992, Ankara.

Devlet Planlama Teşkilatı: **Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı**, Yayın No:2741, 2007.

Dikmetaş, Elif: “Sağlıkta Eşitlik / Eşitsizlik”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2006, Cilt:1, Sayı:2.

Diwan, Saghna, Cathie Berger, ve Edith Kelly Manns:“Composition of the Home Care Service Package: Predictors of Type, and Mix of Services Provided to Poor and Frail Older People”, **The Gerontologist**, 1997, Volume 37:2, s.169-181.

Doğan, Cihangir: Türkiye’de Yaşlılık ve Huzurevi Olgusu, Bayraktar, F. (Editör), Yaşlılık Dönemi ve Problemleri, **İslami İlimler Araştırma Vakfı Tartışmalı İlmi Toplantılar Dizisi**: 51, 2007, İstanbul.

Duner, Anna, Monica Nordström: “The Roles And Functions of The Informal Support Networks of Older People Who Receive Formal Support: a Swedish Qualitative Study”, **Age and Society**, 2007, 27.

Durgun, Bülent, Yıldız Tümerdem: “Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler”, **Türk Geriatri Dergisi**, 1999, Cilt 2, Sayı 3, 115-120.

Durgun, Bülent: **Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler**, Yalın Yayıncılık. 2. Basım, İstanbul, 2015.

Durmuş, Ayperi, S. H. Durmuş: “Ölümü Öldürmek”, **Bilim ve Teknik Dergisi**, Tübitak Yayınları No: 25, 1992.

Dünya Sağlık Örgütü: “**Health Of The Elderly. Report Of The Expert Committee On Health of The Elderly**”, 1989, (Çevrimiçi) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39521/1/who_trs_779.pdf, 15 Nisan 2015.

Dünya Sağlık Örgütü: “**International Plan of Action On Ageing: Report On Implementation**”, 2004, (Çevrimiçi) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb115/b115_29-en.pdf, 14 Mart 2013.

Dünya Sağlık Örgütü: **Active Ageing a Policy Framework, 2002**, (Çevrimiçi) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/who_nmh_nph_02.8.pdf. 24 Mayıs 2016.

Dünya Sağlık Örgütü: **World Health statistics**, 2011, (Çevrimiçi) http://www.who.int/whosis/whostat/en_whs2011_full.pdf. 01 Mart 2012.

Dünya Sağlık Örgütü: **World Health Statistics: Monitoring Health for The SDGs, Sustainable Development Goals**, 2016.

Ebersole Priscilla Theris A. Touhy: **Geriatric Nursing: Growth of A Specialty**, Springer Publishing Company, Newyork, 2006.

Edelman, Carole Lium, Mandle Carol Lynn, Kudzma C. Elizbeth: **Health Promotion Through the Lifespan**, Eight ed. The Copyright Mosby Co, 2014.

Ek, S.: **Geriatri Hizmetleri Üzerine Genel Bir Değerlendirme: Ankara İli Örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara, 2007.

Eker, Engin: **Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar**, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:62, 2008, s. 85-110.

Ekinci Z. B.:“Yaşlanma ve Oksidatif Stres”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi**”, 2011, Sayı 11, s.18-22.

Emiroğlu, Kudret ve Suavi Aydın: **Antropoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2003.

Emiroğlu, Vedia: **Sosyal-Kültürel Yönleri ile Sağlıklı Yaşlanma**, Uluslararası Hemşireler Birliği Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992.

Emiroğlu, Vedia: **Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu**, Başkan Yayınevi, Ankara, 1995.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: **Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği**, (Çevrimiçi) [http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat /ulusal-mevzuat/ yonetmelikler/ huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve- rehabilitasyon-merkezleri- yonetmeligi](http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi).12 Şubat 2017.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: **Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik**, (Çevrimiçi) <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/kamu-kurum-ve-kuruluslari-bunyesinde-acilacak-huzurevlerinin-kurulus-ve-isleyis-esaslari-hakkinda-yonetmelik>, 12 Şubat 2017.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: **Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği**, (Çevrimiçi) <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/ozel-huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-merkezleri-yonetmeliği>, 12 Şubat 2017.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: **Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik**, (Resmi Gazete Tarih 07.08.2008 ve Sayı: 26960) (Çevrimiçi) <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/yasli-hizmet-merkezlerinde-sunulacak-gunduzlu-bakim-ile-evde-bakim-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik>, 12 Şubat 2017.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: **Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı 2011-2013**, (Çevrimiçi) <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yayinlar/bakim-hizmetleri/bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-planı-2011-%e2%80%93-2013>. 27 Mayıs 2016.

Engelliler İdaresi Başkanlığı: **Bakıma Muhtaçlık Şartının Oluşması, 2007**, (Çevrimiçi) <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/595/bakima+muhtaclik+sartinin+olusmasi>, 28 Nisan 2012.

Erdoğan, M., E. Yenigün: **Türkiye’de Sosyal Bütçe Nasıl Yapılıyor? Nasıl İzleniyor?** TESEV Yayınları, 2008, İstanbul.

Erer, Refik: **Yaşlıların Durumu ve Erken İhtiyarlama**, Çalışma Bakanlığı Yakın ve Orta Doğu Çalışma Enstitüsü Yayını, İstanbul, 1967.

Ergen, Emin, Caner Açıkada: “Yaşlılık ve Bedensel Etkinlikler”, **Bilim ve Teknik Dergisi**, Ankara, Tübitak Yayınları No: 18, 1985.

Ergör, Gül, K. Köybaşı, B. Akbelen, M. A. Çiftçi, M. H. Kılıvra: “Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş Üzerindeki Kadınlarda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi”, **V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı**, İstanbul, 1996.

Erhan, Belgin: “Bası Yaraları”, **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi**, 2006: 9, 64-68.

Ertan, Sibel: “Parkinson Hastalığının Klinik Özellikleri”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, Sempozyum Dizisi No: 42, Ocak 2005, s. 249-254.

Eurostat: **Population Structure and Aging** 2016, http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing.

Fitzpatrick Joyce J., Meredith Wallace Kazer: **Encyclopedia of Nursing Research**, Springer Publishing Company, Third Edition, Newyork, 2012.

Forman. Ernest H., Mary Ann Selly: **Decision by Objectives: How to Convince Others that You are Right**, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd. Singapore, 2002.

Frolik, Lawrence A.: **Aging and The Law: An Interdisciplinary Reader**, Temple University Press, 1999.

Geçtan, Engin: **Psikanaliz ve Sonrası**, Metis Yayınları, 11 Baskı, İstanbul, 2005.

Geçtan, Engin: **Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997.

Genç Yusuf, İsmail Barış: Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2015, Yıl: 3, Sayı: 10, s. 36-57.

Genç Yusuf, Kâmil Alptekin: “Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması” Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, 2012, Sayı:5.

Giray, Hatice, Recı Meseri, Gül Saatlı, Nuray Yüçetin, Pınar Aydın, Reyhan Uçku: “Türkiye’ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 2008, 7(1):81-86.

Gottfries C.-G.: “Late Life Depression”, **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, 2001, 251: Suppl. 2, S. II/57-II/61

Göksel, Tuncay: Tezde kaynakça düzelt Turkish Thoracic Society, Lung And Pleural Malignancies Study Group Pattern of Lung Cancer in Turkey 1994-1998, **Respiration**, 2002, 69: 207-210.

Göktolga, Ziya Gökalp, Burcu Gökalp: İş Seçimini Etkileyen Kriterlerin ve Alternatiflerin AHP Metodu ile Belirlenmesi, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 2012, Cilt 13, Sayı 2.

Gray, Len: **Two Year Review of Aged Care Reforms**, Final Report, Canberra, Ausinfo, 2001.

Groneau, Marjolein Broese van , Karen Glaser, Cecillia Tomassini, T. Jacobs:
“Sosico-Economic Status Difference in Older People’s Use of İnformal and
Formal Help: Acomparision of Four European Countries”, **Age and Society**,
26, 2006, s. 745-766.

Gül, Sabahattin, Mesut Çetin, Rıfki Evrenkaya, Mehmet Danacı, Yaşar Küçükardalı:
“Yaşlanmanın Biyolojisi ve Psikolojisi”, **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri**,
S.13, 1993, s.238-248.

Güleç, Mahir, Ömer Faruk Tekbaş: “Sağlık Perspektifinden Yaşlılık”, **Türkiye
Klinikleri Tıp Bilimleri**, 1997, 17 (6): 369-378.

Güler Güngör, Nuran, Güler, Semra Kocataş Nurcan Akgül: “Yaşlıların sağlık bakım
gereksinimleri”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, 2009, 31: 367-373

Güler, Çağatay, Zakir Çobanoğlu: **Yaşlı ve Çevre, Sağlık Projesi Genel
Koordinatörlüğü**, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.

Gündüz, O. Hakan: “Yaşlılarda Postür ve Yürüme”, **Geriatri Dergisi**, 3(4), 2000,
s.155-162.

Gür, Hakan: “Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite”, **Çağın Polisi Dergisi**, Yıl 8, Sayı 91,
2009, s. 15-19.

Güveli, Mustafa: “İBB Sağlık Daire Başkanlığı’nın Yaşlı Hizmetleri”, **Türk Fiziksel
Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 2006, Cilt: 52, Özel Ek A, 39-41.

Habib. J., G. Sundstrom., K. Windmiller: “Understanding The Pattern Of Support
For The Elderly: A Comparison Between Israel and Sweden, **Journal of
Aging and Social Policy**, 5, 1993.

Hablemitoğlu, Şengül, Emine Özmete: **Yaşlı Refahı: Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet**, Kilit Yayınları, Ankara, 2010.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: **Türkiye'nin Demografik Dönüşümü 1968-2008**, ISBN 978-975-491-285-2, 2009.

Hacımahmutoğlu, Hande: **Türkiye’de Sosyal Yardım Sisteminin Değerlendirilmesi**, DPT Uzmanlık Tezi, 2009, DPT Yayın No:2803, Ankara.

Hansson Robert O., Bruce N. Carpenter: **Relationships in Old Age: Coping With The Challenge of Transition**, Guilford Press, New York, 1994.

Hindle, J. V.: Ageing, Neurodegeneration and Parkinson's Disease, **Age and Ageing**, Vol. 39, Iss. 2, 2010, s.156.

Hirtz, D., D. Thurman, K. Gwinn-Hardy M. Mohamed, A.R. Chaudhuri, R. Zalutsky: How Common Are The ‘Common’ Neurologic Disorders?”, **Neurology**, 68, 2007, s. 326–337.

Hogan, Warren P.: “Economic and Financial Themes in Australian Aged Care”, **Research in International Business and Finance**, 22, 2008, s. 40-55.

Houde, Susan Crocker: “Predictors of elders’ and family caregivers’ use of formal home services,” **Research in Nursing and Health**, 21, 1998, s. 533-543.

Howe, Anna: **The Need for Long Term Care Policy in Developing Countries Ten Case- Studies**, World Health Organization, 2002.

Hoyert, Donna: “Financial and Household Exchanges between Generations”, **Research on Ageing**, 13, 1991, s. 205-225.

Hoyman, Nancy, H. Asuman Kiyak: **Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective**, Allyn and Bacon Inc., 9. Edition, USA, 1988.

International Federation on Aging: **International Documents**, 2017, (Çevrimiçi)
<https://www.ifa-fiv.org/publication/policy-portal/international-documents/>, 10 Mart 2017.

Işıksan, Vedat: **Yaşlıların Yaşam Kalitesi, Antropoloji ve Yaşlılık**, (Vedia Emiroğlu'na Armağan), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, 2000, s.125–135.

İçli, Gönül: “Huzurevinde Kalan Yaşlılar Üzerine Bir Araştırma”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, 2004, 7(1):5-24

İçli, Gönül: “Yaşlılar ve yaşlılığın değerlendirilmesi: Denizli İli Üzerine Niteliksel Bir Araştırma”, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, 3 (1-2), 2010, s.1-13.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi: **Demanslı Yıllara Değer Katan Aktiviteler**, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Daire Başkanlığı İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, 2009.

İzgi, M. Cumhur: **Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009.

Jacobs, Sally, Chengquie Xie, Siobhan Reilly, Jane Hughes, David Challis: “Modernising Social Care Services For Older People: Scoping The United Kingdom Evidence Base”, **Ageing And Society**, 29, 2009, s. 497-538.

Japanese Department of Population Dynamics Research: **National Institute of Population and Social Security Research. Population Projections for**

Japan: 2001-2050, 2002, (Çevrimiçi). <http://www.ipss.go.jp/pp-newest/e/ppfj02/top.htm>. 12 Ocak 2017.

Jarden Mary, Jens Ole Jarden: “Social And Health-Care Policy for The Elderly in Denmark, Review Of pricing Arrangements in Residential Aged Care; Long Term Care”, **International Perspective Background Paper** No:3, 2003, s. 64-76.

Jin, Kunlin: “Modern Biological Theories of Aging”, **Aging Dis**, 2010 October, 1 (2): 72-74.

Kahn, Robert Lois: On “Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn, **The Gerontological Society of America** , Vol. 42, No. 6, 2002, s.725–726.

Kahn, Robert Lois, John Wallis Rowe: **Successful Aging**, The Mac Arthur Foundation Study, Newyork, Dell Publishing, 1998.

Kalaycıoğlu, Sibel, Uğraş Ulaş Tol, Önder Küçükural, Cengiz Kurtuluş: **Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri**, Tübitak Matbaası, Ankara, 2003.

Kalınkara, Veliettın: **Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi**, Nobel Yayınları, Ankara, 2011.

Kalınkara, Veliettın: **Yaşlılık; Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler**, Odak İletişim, İstanbul, 2004.

Kalkınma Bakanlığı: **Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2014-2018**, (Çevrimiçi) [http:// www. kalkinma. gov.tr/lists/kalknma%20 planlar/attachments/12/onuncu % 20kalk %c4%b1nma%20 plan%c4%b1.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/lists/kalknma%20planlar/attachments/12/onuncu%20kalk%c4%b1nma%20plan%c4%b1.pdf). 24 Temmuz 2016.

Kalkınma Bakanlığı: **Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, 2014**, Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: KB: 2900- ÖİK: 740.

Kara, Ertan: **Kronik Hastalıklar**, Çukurova Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders notları(Çevrimiçi),<http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/B%C3%B6l%C3%BCm-15-Kronik%20Hastal%C4%B1klar-KARA.pdf>, 28 Nisan 2014.

Karabudak, Rana: “Multiple Skleroz: Bilimsel Araştırmalardan Tedaviye- Multiple Sklerozda Yeni Yönelimler”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, 39, 2008, s. 115-120.

Karadeniz, Gülten, Nehir, Sevgi, Çetinkaya, Aynur Çakmakçı: Multiple Skleroz ve Hemşirelik, **Dirim Tıp Dergisi**, ocak-Şubat-Mart, 2005, s.39-43.

Karahan, Azize, Güven, Seval: “Yaşlılıkta Evde Bakım”, **Geriatri**, 2002, Cilt 5, Sayı 4, s. 16.

Karan, Mehmet Akif: Biyoloji, Psikoloji ve Sosyal Açından Yaşlanma, Bayraktar, F. (Editör), **Yaşlılık Dönemi ve Problemleri**, İslami İlimler Araştırma Vakfı Tartışmalı İlmi Toplantılar Dizisi: 51, İstanbul, 2007.

Karataş, Zeki: “Manevi Temelli Sosyal Hizmet Yaklaşımı”, **Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi**, Cilt:1 Sayı:1 Yıl:1., 2015, s.3-15

Karlı, D.: **Yaşlılık ve Türkiye’de Yaşlı Sorunları**, Sağlık ve Sosyal Sigortalar Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü Yayınları, Ankara, 1982.

Kastenbaum, Robert: Theories Of Aging, **Encyclopedia of Ageism**, 318-328

Kaya, Burhanettin: “Yaşlılık ve Depresyon I: Tanı ve Değerlendirme”, **Geriatri II**, No: 2, 1999.

Kılıççı, Yadigar: “Yaşlılığın Uyum Sorunları”, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, S. 3, 1988, s. 41-45.

Koç, Mustafa: “Yaşlılık Döneminde Ölüm Ötesi Psikolojisi Üzerine bir Alan Araştırması”, **Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 8/1, 2004, s. 203-228.

Koç, Zeliha, Zeynep Sağlam: “Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği”, **Meme Sağlığı Dergisi**, 2009, Cilt 5, Sayı 1, 25-33.

Kongar Emre: **Sosyal Çalışmaya Giriş**, Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, G-2, Ankara, 1971 (2007 Tıpkı Basımı), s.34.

Koşar, Nesrin: **Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı**, Ankara, Şafak Matbaacılık, 1996.

Kurt, Gökhan: **Türkiye’de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Sivas: 2008.

Kutsal, Yeşim Gökçe, Sibel Eyigör: **Klinisyen Gözüyle Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Hastalıklar, yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler**, HASUDER Yayın No:2012-1.

Kutsal, Yeşim Gökçe: “Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan”, **Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni**, 2003, 24(3-4):1-6.

Lanctôt, Krista L., Nathan Herrmann, Goran Eryavec, Robert van Reekum, Kenton Reed, ve Claudio A. Naranjo: “Central Serotonergic Activity is Related to the

Aggressive Behaviors of Alzheimer's Disease", **Neuropsychopharmacology**, Vol. 27, No.4, 2007, s. 646-654.

Lapham, S. J., K. Kinsella, "Aging Trends Turkey", *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 12, 1997, s.273–283.

Larsson, Kristina ve Mats Thorslund: "Does Gender Matter? Differences in Patterns of informal Support and Formal Services in a Swedish Urban Elderly Population", **Research on Ageing**, 24, 2002, s. 308–336.

Leinenger, Madeleine M., Marilyn R. McFarland: **Culture Care Diversity and Universality**, Jones and Barlett Learning, Second Edition, 2006.

Lennarth Johansson, Linda B. Hassing: "State Provision Down, Offsprings' Up: The Reverse Substitution of Old-Age Care in Sweden", **Ageing and Society**, 2003, 23:3, s. 269–280.

Levin, S. Jeffrey: **Religion in Aging and Health: Theoretical, Foundations and Methodological Frontiers**, Sage Publications Inc., 1994.

Lezovic, Mario: "Analysis of Long Term Care in The Context of Social and Health Services in Social Institutional Facilities in Slovakia", **Centrel Europe Journal Public Health**, 2009, 17 (3): 128–132

Li, Lydia W.: "Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients", **The Gerontologist**, 45:4, 2005, s. 465-473.

Li, Shu Chen: **Aging Theories, International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences**, Elsevier Science Ltd., 2001.

Loe, Meika: **Aging our Way: Lessons for Living from 85 and Beyond**, Oxford University Press Inc. 2011.

Luckey, Irene: African American Elders: The Support Network of Generational Kin, **Families in Society**, 75, 1994, s. 82-89.

Maden, Ahmet: **Psikosomatik Hastalıkların Kültürel Nitelikleri**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, 1990.

Malkoç Mehtap: “Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyonunda Disiplinlerarası Yaklaşım”, **I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve “III. Geriatrik Fizyoterapi Kongre Kitabı**, Ankara, 2012.

Mandıracıoğlu, Aliye ve Olcay Çam: “Huzurevi Çalışanlarının Sorunları ve Yaşlılar Hakkındaki Görüşleri”, **Türk Geriatri Dergisi**, 7 (1), 2004, s. 29-32.

Mautone M. A.: “Human Rights, Economic Development, and the World's Growing Older Population”, **BIFOCAL**, Vol. 35, No: 3, 2014, 63.

Mccall Mary E.,Leonard Heumann, Boldy P. Duncan: **Empowering Frail Elderly People Opportunities and İmpediments in Housing**, Greenwood Publishing Group Inc. USA, 2001.

McDevitt, Thomas M.: **U.S. Bureau of the Census Report WP/96, World population profile: 1996**, U.S. Government Printing Office, Washington DC, 3, 1996.

Means, Robin, Sally Richards, Randall Smith: **Community Care Policy and Practice**, Macmillan, Basingstoke, Hampshire, 1994.

Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü: **Sosyal Hizmet Kanunu** (2828),
(Çevrimiçi) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf>. 13
Kasım 2016.

Moberg David O.: **Aging and Spirituality: Spiritual Dimensions of Aging Theory, Research Practice**, and Policy, Routledge Inc., Newyork, 2012.

Morris, Katherine S., Edward McAuley, Robert W. Motl: Self-Efficacy and Environmental Correlates of Physical Activity Among Older Women and Women with Multiple Sclerosis, **Health Education Research**, Vol.23 no.4, 2008, s.744-752.

Mutlu, Melike, Gülsen Akman Demir: Multiple Skleroz Tanısında Tarihsel Gelişim ve Son Durum, **Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi**, Cilt 5, Ek Sayı 1, 2008, s.1-5.

Müsellim, Benan: “Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi**, No:58, 2007, s.113-118.

Myrtle, Robert C. ve Kathleen H. Wilber: “Designing Service Delivery Systems: Lessons from the Development of Community-Based Systems of Care for the Elderly”, **Public Administration Review**, 54:3, 1994, s. 245-252.

Nahcivan, Nursen Ö., Seçginli, Selda: “Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2003, 7(1):33-38.

Nalbant, Selim: “Yaşlanmanın Biyolojisi”, **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 2006;52: 12-18. 38.

Netz, Yael, Salit Axelrad, Ester Argov: “Group Physical Activity Fordemented Older Adults Feasibility and Effectiveness”, **Clinical Rehabilitation**, 21, 2007, s. 977–986.

O’Brien, Mary Elizabeth: **A Nurses Handbook of Spiritual Care: Standing on Holy Ground**, Jones, and Barlett Publisher, Kanada, 2004.

Oğlak, Sema: “Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri”, **İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 13 (4), 2011, s. 115-130.

Oğlak, Sema: **Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası**, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları No: 6, 2008.

Oğuz, Dicle, Işıl Çakıcı, Gizem Sevimli, Şirin Özgür: “Yaşlı Bakım Evlerinde Dış Mekân Tasarımı”, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, 2010, (1):23-33.

Oğuz, Oya: “Dekubitus Ülserleri”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu**, İstanbul, 12- 13 Kasım 1998, s.147-151.

Oktik, Nurgün: **Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği**, Muğla Üniversitesi Yayınları, 2004.

Onat, Ümit: **Sosyal Politikalar Açısından Yaşlılık**, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Ankara, 2002.

Onur, Bekir: **Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm**, V Yayını, Ankara, 1991.

Özcan, M.: **Aktif Yaşlanmaya Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2010.

Özdemir, Süleyman: **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, 2004.

Özdener, A., S. Savaş, F. Saraç, M. Örnek, M. A. Yalçın, F. Akçiçek: **İç Hastalıkları Kliniğindeki Geriatrik Hastalarda Malnütrisyon Oranının Nütrisyonel Risk Skorlama-2002 ile Saptanması**, Antalya, 2011.

Özer Serap: **İleri Geriatri Hemşireliği. Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi**, Meta Basım, İzmir, 2006.

Özkan, Salih: “Türkiye’de Darüleytamların Gelişimi ve Niğde Darüleytami”, **Türkiyat Araştırmaları Dergisi**, 1(1), 2006, 211-229.

Özkul, Metin, Işıl Kalaycı: “Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları”, **Sosyoloji Konferansları**, No: 52, 2015-2, s. 259-290.

Özmete, Emine: Yaşlılıkta Yaşamın Anlamının Refah Göstergeleri ile Yordanması, **Aile Araştırmaları Genel Müdürlüğü Eğitim-Kültür, Araştırma Dergisi**, Yıl: 10, Cilt: 4, Sayı: 15, 2008.

Öztürk, Feral: “Apoptoz”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 9(2), 2002, s. 143-148.

Öztürk, M. Orhan: **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara Hekimler Birliği Yayınları, Ankara, 2001.

Parker S. L., Tong, T., Bolden, S., Wingo, P. A.: “Cancer statistics 1997”, **A Cancer Journal for Clinicians**, 1997; 49:5-27.

- Parker, Sara, Rose Khatri, Ian G. Cook, Bijan Panı: Theorizing Aging in Nepal: Beyond The Biomedical Model”, **Canadian Journal of Sociology**, 39(2), 2014.
- Pitkala, Kaisu H., Pirkko Routasalo, Hannu Kautiainen ve Reijo S Tilvis: “Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering from Loneliness: A Randomized, Controlled Trial”, **The Journals of Gerontology**, Jul 2009, s. 792-800.
- Putney, M. Nurella, E. Alley Dawn, Vern L. Bengtson, “Social Gerontology as Public Sociology in Action”, **The American Sociologist**, 2005, s. 88-104.
- Quinn, A.: “Expanding the Role of the Oncology Nurse”, **Biomedical Imaging and Intervention Journal**, 2008 Jul;4(3): E34.
- Reed, J., C. Clarke, A. Macfarlane: **Yaşlı Bakımı Hemşireliği**, Nobel Yayınları, Ankara, 2005.
- Resnick, Barbara, Marie Boltz, Elizabeth Galik, Ingrid Pretzer- Aboff: **Restorative Care Nursing for Older Adults: A Guide For All Care Settings**, Second Edition Springer Publishing Company, USA. 2012.
- Rowe John W., Kahn Robert L.: “Successful Aging”, **The Gerontologist**, 1997, Vol. 37, No. 4, 433-440.
- Rowland, T. Donald: **Population Aging: The Transformation of Societies**, International Perspectives on Aging, Springer Publishing Company Inc., 2012.
- Saaty, R. W.: The Analytic Hierarchy Process- What it is and How it is Used, **Pergamon Journals**, Vol 9. No:3-5, 1997, s.163.

Saaty, Thomas. L., Michael P. Niemira: “An Analytic Network Process Model for Financial-Crisis Forecasting Decision Making with the Analytic Network Process”, Volume 95., 2006.

Sağlık Ansiklopedisi: Arkın Kitabevi, C:4, İstanbul, 1975.

Samancı, Ay, Erkmen, H., Özmen, E.: “Toplum Psikiyatrisi”, **Düşünen Adam**, 1995, 8 (1): 4-8.

Savaş Sumru, Akçiçek F.: “Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme”, **Ege Tıp Dergisi**, 49:3, 2010, s.19-30.

Savaş, Ali, Cenk Akbostancı, Yücel Kanpolat: “Parkinson Hastalığının Cerrahi Tedavisi”, **Türkiye Klinikleri**, 2008,1(2), 5-12.

Savaş, Sumru: **Avrupa ve Dünyada Gündüz Bakımevleri Akademik Geriatri**, Akademik Geriatri 2010 Kongresi Konuşma Metinleri, 132-136, (Çevrimiçi) http://www.Akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/11.pdf. 05 Haziran 2016

Savaşır, Işık: “**Yaşlılık**”, **Sağlık Psikolojisi**, Ed. by Ülgen H. Okyayüz, Türk Psikologları Derneği Yayınları, Ankara, No: 19, 1999.

Saygılı, Sefa: **Yaşlılık Psikolojisi**, Elit Kültür Yayınları, İstanbul, 2011.

Schurr, Karl, Louise Ada: “Observation of arm behaviour in healthy elderly people: Implications for contracture prevention after stroke”, **Australian Journal of Physiotherapy**, Vol.52, 2006, s. 129-133.

Segal, Elizabeth A., Karen E. Gerdes, Sue Steiner: **An İntroduction to The Profession of Social Work: Becoming A Change Agent**, Belmont, CA: Thomson-Brooks/Cole, 2007.

Seyyar Ali, Nurullah Kurutkan: **Bakım Hizmetleri ve Bakım Güvenliği**, 2012.

Seyyar, Ali, Yusuf Genç: **Sosyal Hizmet Terimleri** (Ansiklopedik “Sosyal Pedagojik Çalışma” Sözlüğü), Sakarya Yayıncılık, Sakarya, 2010.

Seyyar, Ali: Bakıma Muhtaçların Sosyal Güvenliği, **Sakarya Üniversitesi Yayınları**, Sakarya, 1999.

Seyyar, Ali: Değişen Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Politikalar, **Değişim Yayınları**, 2006.

Seyyar, Ali: **Sosyal Bakım**, (Çevrimiçi) http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/sosyal_bakim/makale_08.ASPB., 23 Kasım 2014.

Seyyar, Ali: **Sosyal Hizmetlerde Bakım Terimleri (Ansiklopedik Sözlük)**, Şefkatli Eller Yayınları, Ankara, 2007.

Seyyar, Ali: **Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük)**, Sakarya Yayıncılık, Sakarya, 2008.

Seyyar, Ali: **Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım**, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Yayın No: 44, İstanbul, 2004.

Soneji Samir S: **Essays in The Demography of Aging**, ProQuest Dissertation Publishing, Presented to The Faculty of Princeton University in Candidacy for The Degree of Doctor of Philosophy, 2008.

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkez Yönetim Kurulu: “Türkiye’de Sosyal Hizmetler, Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi”, **4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı**, Ankara, 1995.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü: **Stratejik Plan 2010-2014**, 2009, (Çevrimiçi), <http://www.sp.gov.tr/upload/ x SPStratejik Plan/files /cfSCG+SosyalHizmetler Cocuk Esirgeme Kurumu SP1014. pdf>. 29 Kasım 2016.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu: Sosyal Riski **Azaltma Projesi Koordinasyon Birimi, Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi**, İkras No: 4638, Ankara, 2006.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu: **Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamaları**, 2011, (Çevrimiçi) <http://www.shcek.gov.tr/turkiyede-sosyal-hizmet-uygulamalari>. ASPBx, 03 Nisan 2015.

Soygür H.: **Demans Dizisi, Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik Değerlendirme**, 1:32-40, 2000.

Soyuer Ferhan, Feyzan Cankurtaran, Sibel Akın, Ferhan Elmalı: Fear of Falling in Elderly People Living in Rest Home And Related Factors, **Gaziantep Medicine Journal**, 2015, 21(3):172- 177.

Stoller, Eleanor Palo ve Stephen J. Cutler: “Predictors Of Use Of Paid Help Among Older People Living in The Community”, **The Gerontologist**, 33, 1993, s. 31-40.

Şahin, Mustafa, Güvener Demirağ, Nilgün: “Osteoporoz: Tanı ve Tedavide Yenilikler”, **Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi**, Cilt 3, 2004, Sayı 1-2.

- Şahin, S.: Yeni Bir Model; Ege Yaşlı Hizmet Merkezi, **Akademik Geriatri Dergisi**, 2010, s. 141-144.
- Şener, Arzu: Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri, Hacettepe Üniversitesi **Sosyolojik Araştırmalar e-Dergisi**, 2009.
- Şener, K., Kılıç, A., Açikel, C. H., Bozkurt, T.: “Bir Rehabilitasyon Merkezinde Gelişen Hastane İnfeksiyonlarının Değerlendirilmesi”, **İnfeksiyon Dergisi**, 19 (1), 2005, 81-86.
- Talas, Cihat: **Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi**, Bilgi Yayınevi, Ankara, 1992.
- Tartar, Elif Eda: **Modern Dünyanın İhtiyarlıkla İmtihanı**, Mostar, İstanbul, San Ofset, sayı: 16, 2006.
- Taşçı, Faruk: “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, 2010/1
- Taylor, Robert Joseph, Harold W. Neighbors ve Clifford L. Broman: “Evaluation By Black Americans of The Social Service Encounter During A Serious Personal Problem, **Social Work**, 34, 1989, s. 205-211.
- Tekin, Sevil, Hüseyin: **Yaşlılığın Sosyal Anatomisi**, Sabev Yayınları, Ankara, 2005.
- Terayke, Gülsen, Güner, Perihan: “Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem: Yaşlılık”, **Kriz Dergisi**, 1997, 5 (2): 95-101.
- Tezer, İrsel, Sevim Erdem, Esen S. Topçuoğlu, Mehmet Akif Topçuoğlu: Sık Rastlanan Nörolojik Sorunlar, Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Bölüm 10, **Gebam**, (t.y). Ankara.

The German Institute for Economic Research: **Population Ageing and Its Effects on the German Economy, 2015**, (Çevrimiçi), https://www.diw.de/en/diw_01.c.514092.en/press/diw_roundup/population_ageing_and_its_effects_on_the_german_economy.html. 24 Kasım 2016.

Thorslund, Mats, Ake Bergmark ve Marti G Parker : “Difficult Decisions on Care and Services For Elderly People: The Dilemma Of Setting Priorities in The Welfare State”, **Scandinavian Journal of Social Welfare**, 6, 3, 1997, s. 197–206.

Topçuoğlu, E. S., Selekler, K.: “Alzheimer Hastalığı” **Turkish Journal of Geriatrics**, 1998, 1(2): 63-67.

Traeger, Lara ve William F Pirl: “Approaching The Treatment of Depression in Elderly Cancer Patients”, **Aging Health**, 6(3), 2010, s. 393–403.

Tufan, İsmail: “Demografik Yapı Işığında Türkiye’de Yaşlılığa İlişkin Sosyal Politikalar, Yaşlılar İçin Sosyal Politika Gündemi”, **Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Konferans Kitabı**, 2011.

Tufan, İsmail: **Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık**, Aykırı Yayıncılık, İstanbul, 2002.

Tufan, İsmail: **Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi**, Anahtar Kitaplar Yayınevi. İstanbul, 2003.

Tufan, İsmail: **Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü**, Geroy Yayınları, Antalya, 2006.

Tuncel, F.: **Sağlıklı Yaşlanma Düzenli Egzersiz**, Bilim ve Teknik Dergisi, 1994, Sayı: 322.

Tümerdem, Yıldız: **Halk Sağlığı II: Toplum Hekimliği**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Sayı: 3625,1992.

Türel, Güzin: **Yaşlılar İçin Sunulan Kentsel Servisler**, Odak Yayınları, Ankara, 2004.

Türkiye İstatistik Kurumu: **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2016**, (Çevrimiçi) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638>. 23 Nisan 2017

Türkiye İstatistik Kurumu: **Haber Bültenleri 2015, Sayı:18854**, (Çevrimiçi) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>. 14 Eylül 2015.

Türkiye İstatistik Kurumu: **İstatistiklerle Yaşlılar 2015**, (Çevrimiçi). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>. 23 Mayıs 2017.

Türkiye İstatistik Kurumu: **İstatistiklerle Yaşlılar, 2014**, (Çevrimiçi). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>. 24 Temmuz 2016

Türkiye İstatistik Kurumu: **Nüfus Projeksiyonları 2013-2075**, (Çevrimiçi). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. 25 Nisan 2017.

Türkiye İstatistik Kurumu: **TÜİK Haberler 2016, Sayı: 108** (Çevrimiçi). http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2016_108_20161018.pdf. 24 Mayıs 2017.

Türkiye İstatistik Kurumu: **Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011**, (Çevrimiçi) http://www.tuik.gov.tr/veri/bilgi.do?tb_id=41&ust_id=11. 20 Nisan 2016.

Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu: **Dünyada Demografik Değişim, Kasım-2004**, (Çevrimiçi), [http:// www. tisk. org. tr/ isveren_sayfa.asp?yazi_id=1098 &id =61](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1098&id=61), 20 Nisan 2015.

Türkiye Multipl Skleroz Derneği: **“MS Nedir?”**, (Çevrimiçi), http://www.turkiyemsdernegi.org/tr/ms_nedir.asp 24.04.2012.

Türkmen, Bekir: “Mesleki Eğitim Esasları Bağlamında Sosyal Hizmet Eğitimine Yeni Model Önerisi”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, cilt:11, No:2, Ekim 2003.

Tüzün, Fikret: “Osteoporoz Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi”, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Osteoporoz Sempozyumu**, İstanbul, 1999, s. 9-15.

Tüzün, Sabah, Çiğçili, Serap, Apaydın Kaya, Çiğdem: “Tremor I: Tanı ve tedavi”, **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 2009, 13(4): 200-205.

U.S. Census Bureau: **Global Population Profile: 2002, International Population Reports**, WP/02, Washington, 2004.

U.S. Census Bureau: **The Next Four Decades The Older Population in The United States: 2010 to 2050**, (Çevrimiçi), [http:// Www. Census. Gov/Content/ Dam/ Census/ Library/ Publications/ 2010 /Demo/P25-1138.Pdf](http://Www.Census.Gov/Content/Dam/Census/Library/Publications/2010/Demo/P25-1138.Pdf), 10 Şubat 2017.

UNDESA: **World Population Ageing 2009**, (Çevrimiçi) [http://www. un. org/ esa/ population/ publications/ WPA2009/ WPA_2009_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA_2009_WorkingPaper.pdf), 20 Nisan 2015.

UNDESA: **World Population Aging 2013**, (Çevrimiçi) [http://www. un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/WorldPopulationAgeingReport2013](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/WorldPopulationAgeingReport2013).

UNDESA: **World Population Prospects 2015**, (Çevrimiçi). https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf. 18 Mart 2017.

United Kingdom National Statistic Official Center: **National Population Projections** 2014-based Statistical Bulletin.pdf. 2015.

United Nation: **International Human Rights Law and Older People: Gaps, Fragments and Loopholes. Helpage International**, (Çevrimiçi) <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/GapsinprotectionofolderpeoplesrightsAugust2012.pdf>. 12 Mart 2017.

United Nation: **Population Ageing and Development: Political Declaration Madrid International Plan of Action on Ageing 2002**, (Çevrimiçi) http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf. 11 Mart 2015.

United Nation: **Population Fund 2012, Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge**. (Çevrimiçi). <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>. ,24 Şubat 2016.

United Nation: **Vienna International Plan of Action on Aging**, (Çevrimiçi), www.un.org/en/events/elderabuse/pdf/vipaa.pdf, 20 Nisan 2016.

Uysal, Aynur: “Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhlali”, **Aile ve Toplum Dergisi**, cilt:1, sayı: 5, 1992, s. 43-50.

Uysal, Ş.: Yaşlılık ve Sorunları”, **Seminer Psikoloji**, Sayı 10:1, 1993.

Ümit E., S.: “Sağlıklı Yaşlanmada Temel Sağlık Alışkanlıklarının Kazandırılmasının Önemi”, **Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı**, Ankara, SHÇEK Basımevi, 1992.

Ünalan C. P.: **Aktif Yaşlanma Bilişsel ve Sosyal Boyut**, 2009, (Çevrimiçi), <http://www.turkishfamilyphysician.com>. 20 Haziran 2017.

Üresin, Ş.: **Yaşlıların Bakım ve Barınma İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik Mekânsal Organizasyonlarda “Ev” Ortamının Sağlanması: 75. Yıl Dinlenme ve Bakımevi Örneği**, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005

Vaarama, Marja, Pieper, Richard, Sixsmith Andrew: “Care Related Quality of Life in Old Age: Concept Models and Empirical Findings”, **Science Business Media**, 2008.

Verbeek, H., E. Van Rossum, S. M. G. Zwakhalen, G. I. J. M. Kempen, J. P. H. Hamers“Small, Homelike Care Environments for Older People with Dementia: A Literature Review”, **International Psychogeriatrics** , IPA, 21(2), 2008, 252–264.

Victor, R. C.: **The Social Context of Ageing**, Routledge is an Imprint of The Taylor & Francis Group, Newyork, 2005.

Vilalta-Franch, Joan, Josep Garre-Olmo, Secundino López-Pousa, Antoni Turon-Estrada: “Comparison of Different Clinical Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease”, **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, Vol. 14, Iss. 7, July 2006, s. 589-597.

Wang, Kuo-Ming, Chen, Chi-Kuang, Shie, An-Jin : “GAM: A Comprehensive Successful Ageing Model”, **Theoretical Issues in Ergonomics Science**, Vol. 14, No. 3, 2013, 213–226.

Weber, J., R., J. H. Kelly: **Health Assessment in Nursing**, Prepress Vendor Aptara Inc.5. Basım, Newyork, 2014.

Weiner, Kate, Karen Stewart, Jane Hughes, David Challis ve Robin Darton: “Care Management and Arrangements For Older People in England: Key Areas of Variation in A National Study”, **Ageing and Society**, 22, 2002, s. 419-439.

Whitebourne, Susan Krauss: **The Encyclopedia of Adulthood And Aging**, Volume I, John Wiley and Sons Inc., UK, 2016.

Williams, Sharon Wallace ve Peggye Dilworth-Anderson: “Systems of social support in families who care for dependent African-American elders”, **The Gerontologist**, 42:2, 2002, s. 224-236.

Yaka, Erdem, Elif Onur Aysever, , Özlem Çifcioğlu, Raif Cakmur: “Esansiyel Tremor ve Parkinson Hastalarında Depresyon Sıklığı ile Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, **Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi**, Galenos Yayınevi, 2011, 255-261

Yalıman, A., Şen, E. İ.: “Parkinson Hastalığı ve Rehabilitasyonu”, **Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 2011, Cilt: 57, Sayı:1, 38-44.

Yaman, H. M., Akdeniz, Z. Kanevetçi: Ülkemizde Beklenen Demografik Değişime Hazırlık: Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezleri, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2008, cilt: 17, sayı, 7 -8.11.

Yardımcı, Emel: **İstanbul’da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletle Günlük Yaşama Aktiviteleri İlişkisi**, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1995.

Yavuz, Burcu Balam, Mustafa Cankurtaran ve Servet Arıoğlu: “Alzheimerli Hastaya Geriatrik Yaklaşım”, **Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics**, 2(1), 2009, s.81-87.

Yazgaç, R.: **Yaşlılık ve Huzurevleri: İstanbul'da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1992.

Yazıcıoğlu, Sevim: **Ege Yaşlı Hizmet Merkezinde Verilecek Sosyal Hizmetin Kuramsal ve Yasal Dayanağı**", Akademik Geriatri 2010 Kongresi Konuşma Metinleri, 137-140, (Çevrimiçi), http://www.akademikgeriatri.org/geriatri_konusmaci_metinleri/12.pdf . 20 Nisan 2015.

Yertutan, Canan: "Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fiziksel Değişiklikler", **Aile ve Toplum Dergisi**, cilt:1, sayı:2, 1991, s. 63-66.

Yetkin, S., H. Aydın: Bir Semptom ve Bir Hastalık Olarak Uykusuzluk, **Türk Uyku Tıbbi Dergisi**, 1:1-8, 2014.

Yılmaz, Ayşegül ve Engin Turan: "Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları", **Türkiye Klinikleri J Med Sci.**, 27, 2007, s. 445-454.

Yiğitoğlu, Ramazan: Biyolojik Yaşın Değerlendirilmesinde Laboratuvar Analizi", **Türkiye Klinikleri, J Med Sci**, 2008, 28 (Suppl), s. 252-254.

Yorgun, Hikmet, Kabakçı, Giray: Yaşlılarda Hipertansiyonun Tanı ve Tedavisi, **Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı: 2**, 2010 (5 - 12).

Youleden, D. R., S. M. Cramb, ve P. D. Daade: "The International Epidemiology of Lung Cancer: Geographical Distribution And Secular Trends", **Journal of Thoracic Oncology** 3, 2008, s. 819-831.

Yu, Fang ve Therese Richmond: "Factors Affecting Outpatient Rehabilitation Outcomes in Elders", **Journal of Nursing Scholarship**, 37, 3, 2005, s. 229-236.

Yüksel, N.: “Demans, Multipl Skleroz, Parkinson Hastalığı ve Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromunda İzlenen Nöropsikiyatrik Belirtiler”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, Cilt 5, Sayı 3, 2002, 151-159.

Zabcı Ekinci, Bilge: “Yaşlanma ve Oksidatif Stres”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi**, Sayı 11, 2011, 18-22.

Zaidi, A.: “Features And Challenges of Population Ageing: The European Perspective”, **Policy Brief**, 2008, (1) 1-16.

Zastrow, Charles: **Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People, Kanada**, Thomson and Brooks/Cole, 9. baskı, 2008.

Zastrow, Charles: **The Practice of Social Work**, Pacific Grove, California, Brooks/Cole Publishing Company, 1995.

Zoghi, Mehdi: “Yaşlılarda Kardiyovasküler Fonksiyonlar”, **Turkish Journal of Geriatrics**, Özel Sayı 2, 2010 (1 - 4).

Zorba, Erdal: “Sağlıklı Yaşam ve İnsan, Yaşam ve Egzersiz”, **Gazi Haber Dergisi**, Eylül 2007, 42-47.

ÖZGEÇMİŞ

Lale Vurgun çocukluğu babasının öğretmen olması nedeniyle farklı illerde geçmiştir. Lise öğrenimini Kocaeli Derince Lisesinde tamamlamıştır. Lisans eğitimine Boğaziçi Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Tarih bölümünde başlamıştır. Daha sonra eğitime ara vererek evlenmiş ilk oğlunu büyütürken Sakarya Üniversitesi Sosyoloji bölümüne devam etmiş ve ardından Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne sunduğu “Tarihsel Süreçte 21. Yüzyıl Ailesi” başlıklı teziyle de yüksek lisans derecesi almıştır.

2001 yılından itibaren memuriyete başlamıştır. Kocaeli Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu İl Müdür Yardımcısı, Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürü, Tavşancıl Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdür Yardımcısı, ASP Ankara İl Müdür Yardımcısı, ASP İstanbul İl Müdürlüğü Üsküdar Hasan Tan Çocuk Yuvası Müdürü Küçükalyalı Çocuk Yuvası müdürü olarak görevler yapmıştır. Ayrıca Kocaeli Üniversitesinde misafir öğretim görevliliği yapmıştır. Halen Sosyologlar Derneği (SOSYODER) Başkan Yardımcısıdır. İki Çocuk annesidir.