

**Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı:
Alzheimer Hastalığı Üzerinde Nitel Bir Çalışma**

Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

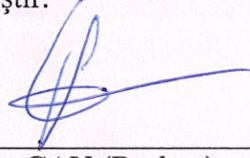
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim

Doktora Tezi

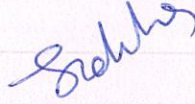
Ankara, 2019

KABUL VE ONAY

Hatice Reyhan ÖZGÖBEK tarafından hazırlanan “Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma” başlıklı bu çalışma, 19.Aralık.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Filiz CAN (Başkan)



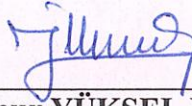
Prof. Dr. Sıdıka KAYA (Danışman)



Prof. Dr. Emine ÖZMETE



Doç. Dr. Zeynep Güldem ÖKEM



Doç. Dr. İlknur YÜKSEL KAPTANOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

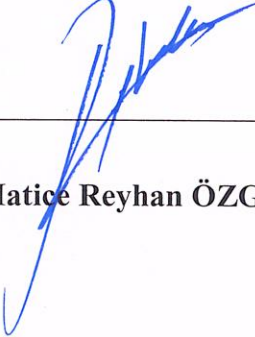
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım “**Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma**” tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

19.12.2018



Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan Uzun **Sürelİ Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma** doktora tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

o Tezimin/Raporumun 19.12.2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

ox Tezimin/Raporumun 19.12.2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

19 /01/2019

(İmza)

Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Fzt. Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

TEŞEKKÜR

Tezi yazmamda büyük katkısı olan Sayın **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'ya, Sayın **Doç. Dr. İlknur YÜKSEL KAPTANOĞLU** ve Sayın **Doç Dr. Zeynep Güldem ÖKEM**'e,

Sağlık yönetimi alanına yönelmemi teşvik eden Sayın **Prof. Dr. Hülya ARIKAN**'a,

Geriatric ve bakım alanında çalışmalarımnda beni destekleyen Sayın **Prof. Dr. Nuray KIRDI**, Sayın **Prof. Dr. Filiz CAN**'a, Sayın Prof. Dr. **Tülin DÜGER**, Sayın **Prof. Dr. Emine ÖZMETE** ve Sayın **Prof. Dr. Nuran AKDEMİR**'e, Sayın **Kai LEINCHERING**'e

Bakanlıkta çalışmalarımna büyük katkısı olan Genel Müdürüm Sayın **Dr. Aylin ÇİFTÇİ**'ye ve meslektaşım Sayın **Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK**'a,

Beni bakan büyüten annem Sayın **Ayşe GÖKSAL** ve babam Sayın **Tunçay GÖKSAL**'a,

Tezimi yapmamda beni yüreklendiren ve destekleyen kızım Sayın **Elifnur**, oğlum Sayın **Sabri Taha** ve eşim Sayın **Hasan ÖZGÖBEK**'e,

Benden desteğini esirgemeyen **geniş aileme**, beni yetiştiren **hocalarıma**, hep yanımda olan **dostlarıma**, gelişimime katkı veren STK'lardaki **gönüldaşlarıma**, birlikte iyi işler yaptığımız **çalışma arkadaşlarım ve meslektaşlarıma**,

USB hizmetlerine ömrünü vermiş arkadaşım Sayın Uzm. Psk. **Nurdan IRMAK**'a,

Bakım için tüm adanmışlıklara SAYGI VE ŞÜKRANLARIMLA...

ÖZET

ÖZGÖBEK Hatice Reyhan, **Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma**, Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Uzun süreli bakım (USB) hizmetlerinde kalite, hizmet alan için yaşamsal önem arz etmektedir. Bakım hizmeti alan yaşlıların sayısı, dünyadaki demografik değişime uygun olarak artmaktadır. Bakım ihtiyacı olan yaşlılardan Alzheimer hastaları gibi mental bozukluğa, geriliğe ya da hastalığa sahip bireylerin, nüfustaki oranları artmaktadır. Bu grupların, özel yaklaşımlarla bakım ihtiyacının giderilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Alzheimer hastaları istek, ihtiyaç ve memnuniyetlerini aktarmada güçlük çekmektedir. Dolayısıyla bu kişilere bakım verenlerin inisiyatifinde bakım kalitesi gelişmektedir. Bu araştırmada, bakım verenlerin ve bakım hizmetleri kalite standartları belirleyenlerin algısına dayalı olarak “iyi bakım” tanımlamak istenmiştir. Bakım hizmetlerine ait literatürde evde veya kurumda, yakınların (enformel) ya da profesyonellerin (formel) sürdürülebilir finansman ile kaliteli bakım hizmetlerini vermesinin, USB sistemini oluşturan ana unsurlar olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca USB hizmetleri, kaliteyi sağlık hizmetlerinde tanımlayan kavramlardan (bireye özgü hizmet, sunum, etkililik, güvenilirlik, sağlık ve bakım hizmetlerinin koordinasyonu gibi) ödünç alındığı görülmüştür. Yapılan bu çalışmada, USB hizmetlerinin kendine ait bir iç dinamiği olduğu, bu nedenle de bakım hizmetlerinde kapasitenin geliştirilmesi için bu alana ait kalite kavramlarının oluşturulması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Alzheimer hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla adımlar atılması için “iyi bakım”ın nasıl algılandığı öğrenilmek istenmiştir. Bu nedenle tezde katılımcıların algılarını öğrenmek için nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada, amaçlı örneklem yöntemi ile seçilen katılımcılarla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların, kodlanarak, iyi bakım algısına ilişkin duygu ve düşüncelerinden veriler derlenmiştir. Sonuç olarak, Alzheimer hastaları için “iyi bakım”ı tanımlayan; **hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik, koordinasyon, mahremiyet, bakım verenin tutumu, değerler, iletişim, inisiyatif kullanma, sorumluluk alma, özveride bulunma, sakinleştirme, ikna etme, empati kurma** gibi özgün kalite kavramları ve öğeleri bulunmuştur. Ayrıca Alzheimer hastalarına bakım verenler, **bakımda bilgi iletişim**

teknolojileri kullanımı ve tükenmişlik / çaresizlik konularına dikkat çekmişlerdir. Araştırmada, Donabedian'ın sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramlarının, bakım hizmetlerinde geçerli olduğu lakin farklı algılandığı görülmüştür. Bu kavramlardan; güvenlik kadar güven hissinin oluşturulması, kurumlar ve hizmetler arasındaki koordinasyonun dışında bakım hizmeti verenler arasında hizmetin devamlılığının sağlanması, bireye özel bakım yaklaşımının yaşanmışlığa özgün tasarlanması gibi farklı anlam yüklendiği anlaşılmıştır. Tezde, Alzheimer hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması için USB hizmetlerinin bir sistem olarak kabul edilmesi ve iyi bakım için özgün kavram / yaklaşımların olması gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Uzun süreli bakım, Yaşam kalitesi, Algı, Alzheimer, Nitel Çalışma

ABSTRACT

ÖZGÖBEK Hatice Reyhan, Quality Perception in Long Term Care Services Delivery: A Qualitative Study Specific to Alzheimer Disease, Doctoral Thesis, Ankara, 2019.

Quality is vital for those who takes long term care(LTC) in long-term care services. The number of the elders who takes care service is suitably increasing in terms of the demographic change. The rate of individuals with mental disorder, retardation or disease, such as Alzheimer's patients, who are necessarily in need of care, increases in the population. It is obvious the necessity of providing the care of those who needs with special approaches. There is a difficulty in expressing wishes, needs and satisfaction in Alzheimer's disease. Therefore, the quality of care depends on the caregiver's preference. In this study, it was aimed to define good care based on the perception of caregivers and care services quality standards for good care. In the literature on care services, it has been understood that the provision of quality care services by relatives (informel) or professionals (formel) and sustainable financing and quality are the main elements that constitute the LTC system. In addition, it has been seen that LTC services borrow quality from concepts defining quality in health services (such as individual service, presentation, effectiveness, reliability, coordination of health and care services). In this study, it is emphasized that USB services have an inherent internal dynamics, and therefore, It is necessary to establish quality concepts to develop capacity in maintenance services. It was aimed to learn how good care is perceived to take steps to improve the quality of Alzheimer's patients' life. That's why, qualitative research method is used to learn the perceptions of the participants. In the research, It is used in-depth interviews and purposeful sampling method. Data are collected from the participants' feelings and thoughts about good care perception by using coding method. In conclusion,It is found that the quality concepts and elements as defined the good care for Alzheimer's patients, are respect for the patient values, effectiveness, security, coordination, privacy, caregiver attitude, values, communication, using initiative, taking responsibility, making self-sacrifice, calming, persuading, empathy. Also, caregivers of Alzheimer patients, point out the subjects such as, information technologies and burnout / helplessness issues. In the study, it is seen that the concepts defining quality in health

services of Donabedian are perceived differently in the care services. There is a different sense of trust between the institutions and services, the continuity of service between the care service providers and the individual care approach in from the point of these concepts. In the thesis, it has been concluded that USB services should be considered as a system for improving the quality of life of Alzheimer's patients and original concepts / approaches for good care should be taken.

Keywords: Long-term care, Quality of life, Perception, Alzheimer, Qualitative Study

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ.....	1
I. BÖLÜM UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ ve KALİTE.....	6
1.1. UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMİNE AİT TEMEL KAVRAMLAR.....	6
1.1.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Tanımı.....	7
1.1.2. Formel / Enformel Bakım.....	8
1.1.3. Uzun Süreli Bakım Hizmetinin Sağlık Hizmeti/Sağlık Bakım Hizmetinden Farkı ve Rehabilitasyon.....	9
1.1.4. Dünyada Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi.....	11
1.2. UZUN SÜRELİ BAKIM FİNANSAL ERİŞİM.....	12
1.3. YAŞLILIĞA İLİŞKİN ULUSLARARASI KURULUŞLAR VE UZUN SÜRELİ BAKIM ÇALIŞMALARI.....	14
1.4. UZUN SÜRELİ BAKIMDA KALİTE NEDİR?.....	18
1.4.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kaliteyi Tanımlayan Kavramlar.....	20
1.4.2. Uzun Süreli Bakım Kalite Göstergeleri.....	22
1.4.3. Uzun Süreli Bakım ve Yaşam Kalitesi.....	24
1.5. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YATAY VE DİKEY KOORDİNASYON.....	28

1.6.	UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ KALİTE ÇALIŞMALARI.....	30
1.6.1.	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü Kalite Çalışmaları	31
1.6.2.	Dünya Sağlık Örgütü Kalite Çalışmaları	34
1.6.3.	Birleşmiş Milletler Kalite Çalışmaları	39
1.6.4.	Avrupa Birliği Kalite Çalışmaları	41
1.7.	UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	48
1.8.	UZUN SÜRELİ BAKIMDA KALİTE BELGELENDİRME.....	50
1.8.1.	Kalite Belgelendirme- Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu	51
1.8.2.	Akreditasyon	53
1.8.3.	Uzun Süreli Bakımda Kullanılan Diğer Kalite Belgelendirme Mekanizmaları..	56
1.9.	UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ VE İSTİSMAR	58

II. BÖLÜM TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ 61

2.1.	TÜRKİYE’NİN UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ POLİTİKASI	62
2.2.	TÜRKİYE’DE BAKIM İHTİYACI	73
2.2.1.	Nüfus İstatistikleri.....	74
2.2.2.	Türkiye’de Aile Yapısı.....	77
2.2.3.	Türkiye’de Yaşlıların Bağımlılık Düzeyi ve Beklentileri.....	79
2.2.4.	Türkiye’de Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi	84
2.2.5.	Bakım Hizmetine Yönlendirme	86
2.3.	TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ	88
2.3.1.	Kurumsal Bakım	90
2.3.2.	Evde Bakım.....	99
2.3.3.	Rehabilitasyon Hizmeti.....	111
2.4.	UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİNDE GÖREV ALAN İNSAN GÜCÜ	114
2.4.1	Enformel Bakımda İnsangücü Kaynağı.....	120
2.5.	TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM ÖDEMELERİ.....	123
2.5.1.	Türkiye’de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Finansmanı	125
2.6.	BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE ÇALIŞMALARI	133

III.	BÖLÜM ALZHEIMER.....	137
3.1.	ALZHEIMER.....	137
3.2.	ALZHEİMER HASTASI ÖZELİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİ	142
3.3.	ALZHEİMER HASTALARININ UZUN SÜRELİ BAKIM TERCİHLERİ	146
3.3.1.	Alzheimer Hastaları Özelinde Toplum Temelli Bakım Tercihi.....	148
3.4.	ALZHEİMER HASTALARININ BAKIM YÜKÜ	152
3.4.1.	Alzheimer Hastalığı Özelinde Bakım Veren Kadın Olmak.....	155
IV.	BÖLÜM ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	160
4.1.	NİTEL ARAŞTIRMA.....	160
4.2.	ÖRNEKLEM	163
4.3.	VERİ ÜRETME YÖNTEMİ - DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME.....	165
4.4.	ETİK.....	168
4.5.	ARAŞTIRMANIN ANALİZ YÖNTEMİ.....	169
V.	BÖLÜM BULGULAR VE TARTIŞMA	174
5.1.	KALİTE ALGISI	174
5.2.	BAKIM HİZMETİNDE KALİTE TANIMI.....	206
5.2.1.	Metaforlar.....	208
5.2.2.	Empati	209
5.3.	HİZMET KALİTESİNE YÖNELİK ÖNERİLER.....	210
5.4.	KALİTE ANLAYIŞINDAKİ FARKLILIKLAR VE BENZERLİKLER	211
VI.	BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER	214
	KAYNAKÇA.....	239
	Ek 1: GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİLERİN RUMUZ VE ÖZELLİKLERİ.....	258
	EK 2: GÖRÜŞME YÖNERGESİ.....	259
	EK 3: ORİJİNALLIK RAPORU	260
	EK 4: ETİK KURUL İZİNİ	261
	EK 5: AÇSB ARAŞTIRMA İZİNİ.....	262
	EK 6: ÖZGEÇMİŞ	263

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANCIEN	: Assessing Needs of Care in European Nations (<i>Avrupa Ülkelerinde Bakım İhtiyacının Belirlenmesi Projesi</i>)
ASDEP	: Aile Sosyal Destek Projesi
AÇSHB	: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BHKS	: Bakım Hizmetleri Kalite Standartları
BİT	: Bilgi İletişim Teknolojileri
BM	: Birleşmiş Milletler
BM-AEK	: Birleşmiş Milletler-Avrupa Ekonomik Komisyonu
BMKP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
CAHPS	: Consumer Assessment Healthcare Providers and System (<i>Sağlık Hizmet Sunucuları ve Sistemlerin Tüketici Değerlendirmesi</i>)
CDDH-Age	: Council of Europe Human Rights of Older Persons (<i>Avrupa Konseyi Yaşlıların İnsan Hakları Komisyonu</i>)
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DNQP-Germany	: The German Network For Quality Development in Nursing (<i>Almanya Hemşirelik Kalite Geliştirme İletişim Ağı</i>)
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENEPRI	: European Network of Economic Policy Research Institutes (<i>Avrupa Ekonomik Politikalar Araştırma Enstitüsü Ağı</i>)
E-QALIN	: European Quality Improvement And Innovative Learning (<i>Avrupa Kalite İyileştirme ve Yenilikçi Öğrenme Projesi</i>)
EU	: European Union (<i>Avrupa Birliği</i>)
EYHGM	: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	: The International Classification Functioning (<i>Uluslararası Fonksiyonel Sınıflandırması</i>)
ICHI	: The International Classification of Health Interventions (<i>İşlevsellik, Yetiyetimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması</i>)
ICT	: Information Communication Technology (<i>Bilgi İletişim Teknolojileri</i>)
ILO	: International Labour Organization (<i>Uluslararası Çalışma Organizasyonu</i>)
INTERLINKS	: Healty Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links (<i>Avrupa'daki Yaşlılar İçin Sağlık Sistemleri ve Uzun Süreli Bakım Arayüzleri ve Linkleri Modellemek</i>)
IOM	: Instution of Medicine (<i>Amerika İlaç Enstitüsü</i>)
ISO/ TC	: International Organization for Standardization / Tecnical Comitee (<i>Uluslararası Standart Geliştirme Organizasyonu / Teknik Komite</i>)
ISO 9000 KYS	:Uluslararası Standart Geliştirme Organizasyonu-9000 Kalite Yönetim Sistemi
ISO-14001	: Çevre Yönetim Belgesi
ISO-9001	: Kalite Yönetim Sistemi
ISQUa	: International Society for Quality in Healthcare (<i>Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Organizasyonu</i>)
JC	: Joint Commission (<i>Birleşik Komisyon</i>)
JCI	: Joint Commission International (<i>Uluslararası Birleşik Komisyon</i>)
JCI-LTC	: Joint Commission International-Long Term Care (<i>Uluslararası Birleşik Komisyon -Uzun Süreli Bakım</i>)
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı

MIPAA	: Madrid International Plan Ageing Activities (<i>Madrid Uluslararası Yaşlılık Planı</i>)
NIVEL	: Neterlands Institute For Health Services Research (<i>Hollanda Sağlık Araştırma Enstitüsü</i>)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (<i>Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü</i>)
OHSAS-18001	: Occupational Health and Safety Standart-18001 (<i>İş Sağlığı Ve Güvenliği Standartları</i>)
PROCARE	: Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons (<i>Yaşlılar İçin Sağlık Ve Sosyal Bakım Entegrasyonu Projesi</i>)
QFRC	: Quality Framework For Responsible Care (<i>Sorumlu Bakım Kalite Çerçevesi</i>)
RAI	:Resient Assessment Instrument (<i>Huzurevine Yönlendirme Kılavuzu-Bakım Değerlendirme Aracı</i>)
SABEV	: Sosyal Hizmetler Araştırma Belgeleme Eğitim Vakfı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SOYBİS	: Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TNSA-2008	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008
TS EN ISO 9001:2008	: Türk Standartları-Kalite Standartları Serisi
TS-ISO 9000	: Türk Standartları-International Organization for Standardization
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDESA	: The United Nations Department of Economic and Social Affairs (<i>Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Bölümü</i>)
UNECE	: United Nations Economic Commission For Europa (<i>Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu</i>)
WHO	: World Health Organization (<i>Dünya Sağlık Örgütü</i>)
YADES	: Yaşlı Destek Programı
YÇG	: Yaşlanma Çalışma Grubu
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

TABLÖLAR

Tablo 1. İngiltere’de USB İhtiyacının Karşılanması Durumu- AGE-2015	28
Tablo 2. Randomize Klinik Çalışmalarda Kronik Durumlarda Müdahalelerin Etkinliği.....	54
Tablo 3. USB Finansmanına Göre Ülkelerin Bakım Özellikleri	61
Tablo 4. USB Hizmetlerinde Kalite Kavramları, Yapısal Girdiler ve Çözüm Bakımından Uluslararası Organizasyonların Karşılaştırılması	65
Tablo 5. Akreditasyon Kuruluşları	70
Tablo 6. Türkiye Nüfusu ve Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki % Dağılımları...92	
Tablo 7. Türkiye’de 65 Yaş Üzeri Grubun GYA Bağımlılık Değerlendirmesi Oranları	96
Tablo 8. Cinsiyet Ve Yaş Grubuna Göre Bireylerin Yaşlılığı İle İlgili Yaşam Tercihi, 2016	97
Tablo 9. USB Hizmetleri ve İlgili Kuruluşlar	105
Tablo 10. Kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Yaşlı Sayısı, 2018-Nisan....107	
Tablo 11. Kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Engelli Sayısı, 2018-Nisan..108	
Tablo 12. AÇSHBU kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Engelli/Yaşlı Sayısı, 2018-Nisan	109
Tablo 13. Türkiye’de Kamuya Ait USB Hizmeti Almak İçin Sıra Bekleyenler	110
Tablo 14. Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimi Yararlananların Sayısı, 2018	111
Tablo 15. SB Yıllara Göre Palyatif Bakım Hizmetleri Sunumu	113
Tablo 16. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmeti Sunumu, Şubat 2017.....	119
Tablo 17. Türkiye’de Gündüzlü Merkezlerin Gelişimi.....	122
Tablo 18. Gündüzlü Bakım Hizmetinden Yararlananların Sayısı, 2018	122
Tablo 19. Evde Bakım Sosyal Yardımı alanlar, 2017	123
Tablo 20. AÇSHB Bağlı Yaşlı ve Engellilere Bakım Veren Kamuya ait Merkezlerde Çalışan Personel Dağılımı	132
Tablo 21. ASPB Bağlı Yaşlı Ve Engellilere Bakım Veren Özel Merkezlerde Çalışan Personel Dağılımı (Tahmin)	133
Tablo 22. USB Hizmetlerinde Çalışan İnsangücü ve 2023 hedefi	135

Tablo 23. Yabancıların Çalıştıkları USB Hizmetleri Kapsamı İle İlgili Çalışma Alanları	138
Tablo 24. Yurt Dışından Gelen Yabancıların Sayıları ve Geldikleri Ülkeler	138
Tablo 25. Kamu Sağlık ve Bakım Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)	140
Tablo 26. Türkiye’de USB Hizmetlerinin Finansman Kaynakları	142
Tablo 27. Türkiye’nin USB Finansmanı, 2017.....	143
Tablo 28. AÇSHB ‘nin USB Finansmanı, 2017	144
Tablo 29. Evde Bakım / Özel Bakım Merkezlerine Ödenen Aylık Sosyal Yardım Tutarı	147
Tablo 30. USB Kapsamında Yapılan Ödemeler	147
Tablo 31. Evde Bakım Sosyal Yarımından Yararlanan İllere Göre Yaşlı Sayısı	148
Tablo 32. Alzheimer Hastalık Evreleri	154
Tablo 33. Cinsiyete göre Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların sayısı ve oranı, 2012-2016 (65 ve daha yukarı yaştaki kişiler).....	157
Tablo 34. Evde USB Hizmeti Veren Kadınların Yüzdesi.....	172
Tablo 35. Amaçlı Örneklem Seçimi ve dikkat edilen konular.....	180
Tablo 36. Gruplara Göre Kalite anlayışının Karşılaştırılması	228

ŞEKİLLER

Şekil 1. Dünyada Nüfus Dağılımı	90
Şekil 2. Evde Bakım Hizmeti Bileşenleri	114
Şekil 3. SB Evde Sağlık Hizmeti Sunulan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.119	
Şekil 4. SB Evde Sağlık Hizmeti Sunulan Hastalıkların Dağılımı, Şubat 2017	120
Şekil 5. Lenchister'in Demans İçin Beş Dikkat Edilmesi Gereken Nokta	165
Şekil 6. Bakım Verenlerin ve Kalite Standartları Belirleyenlerin Algısına Dayalı İyi Bakım Tanımına İlişkin Tezin Kurgusu	178
Şekil 7. Görüşme Yapılanların Gruplanması/Kategorileri	188
Şekil 8. Uzun Süreli Bakım İçin Fil Metaforu	246

ÖNSÖZ



(Doç. Dr. Ümit ÖZTÜRK-Heykeltıraş, 2017)

KADINLARIM / AĞACIN İÇİNDEKİ DEMİR, DEMİRİN İÇİNDEKİ KADIN

2017’de Yalova Koruköy’de, yaşanan yoğun yağmur sonrasında yıkılan ceviz ağaçları heykeltıraş Ümit Öztürk ile karşılaşıyor hayatın bir yerinde. Önce ölü ağaçları taşıyor atölyesine sanatçı. Sonra hüznelerini seyrediyor uzun bir süre. Yeryüzünün tahribatının el izlerini hatırlıyor ölü cevizlerin bedeninde. Yağmurla yıkılan ağaçların kaderi, “Kadınlarım” heykellerinin dilini sahipleniyor. Ağaçla demirin birbiri içine geçtiği bedenlerde tercüme edilen dil hem acıyı hem yıkımı izleyiciye ulaştırıyor.

Ümit Öztürk’ün ağaçtan yonttuğu ve demirle bedene kavuşan, kıvrılan, yaslanan, savrulan, uzanan, ayakta kalmaya çabalayan kadınları bir yandan kadının maruz kaldığı türlü acıyı bedenlerinde canlandırır. Öte yandan da ağaçlar aracılığıyla yeryüzü ile konuşur (Nazlı Pektaş-Yorumcu, 2017).

Bir kadın sorunsalı olarak algıladığım Alzheimer hastalığını bu heykellerle özdeşleştirmiş buldum kendimi... Kadınlar, Alzheimer hastalığı ile ilişkili olarak bakım alan ya da bakım veren olarak buluyorlar kendilerini çoğu kez... Bu nedenle bu heykellerdeki ağaç kadınları demirle güçlendiren sanatçı gibi Alzheimer hastalığına dair güçlendirmeliyiz kadınlarımızı...

Tüm uzun süreli bakım hizmetlerine muhtaç veya ihtiyacında olan Alzheimer hastaları bize emanet... Mutlak olarak Alzheimer hastalarının hissettikleri ve algıladıklarını akıldan çıkarmadan, bakım verenlerin tükenmişliğine izin vermeden kaliteli bakım hizmeti geliştirilmesi boynumuzun borcu...

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzun süreli bakım (USB) hizmetini; kendine bakmaya imkânı olmayan bireylere mümkün olan en yüksek düzeyde özerkliği ve onurunu korunarak, sürece katılımı ve memnuniyeti sağlanarak verilen hizmetler bütünü olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda DSÖ bakımı; bu hizmetin formel (ücret karşılığında) ve enformel (aile, arkadaşlar, komşular, vasıfsız vb.) bakım verenler ile profesyoneller (sağlık ve sosyal hizmetlerde çalışan meslek elemanları) tarafından sunulduğunu belirtmiştir (WHO, 2002). Bireyin tercihi uygun olarak mümkün olan en üst düzeyde yaşam kalitesinin korunabilmesine de vurgu yapmıştır.

Uzun süreli bakım hizmeti konusu, yaşlanan nüfus nedeniyle artık sadece gelişmiş ülkelerin meselesi olmaktan çıkmıştır. Günümüzde, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan yaşlı nüfusun yaşam süresinin, gelişmiş ülkelere göre nispeten kısa olmasına rağmen yaşlı nüfusunun yüksek oranda kronik hastalıklara sahip olması, bakım ihtiyacını artmıştır. DSÖ, kronik hastalık ve yaşa bağlı engelliliğin artan oranının etkilerini azaltmak için tüm ülkelerin başta yaşlılar olmak üzere herkesin hayat boyu sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyesinde iyileştirme yapılması gerekliliği vurgulamıştır. Aksi takdirde özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanmaya devam etmesi ile USB ihtiyacında dramatik artışların olacağını öngörmüştür (WHO, 2015 c).

DSÖ tarafından sağlığın tanımlanmasında, bireylerin iyilik halinin sağlanması için biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşım sergilenmesi gerekliliğine vurgu yapmıştır. Bu yaklaşım ile sağlığın kazanımı ancak tedavi, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinin bir bütün olarak sunulmasıdır (WHO, 2017). DSÖ göre; hasta, engel ya da yaşa bağlı nedenlerle (enstrümental) günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) yarı ya da tam bağımlı olan bireylere bütüncül yaklaşımla hizmetlerin verilmesinin yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Bakım hizmeti, toplumsal değerlere bağlı olarak çoğunlukla aile içindeki kadınlar tarafından verilen enformel ağırlıklı bir hizmet olarak sunulmaktadır. Bu durum, aile içinde kadınlara ağır yük getirmektedir. Bakım hizmetinin kadınların sorumluluğuna bırakılması ve kurumsal bakım hizmetlerine ilişkin toplumsal tabuların bulunması USB

sistemlerinin geliştirilmesine ilişkin çabaların yetersiz kalmasına, alana ilişkin AR-GE çalışmalarının cılız olmasına, bakım hizmetlerine ilişkin kalite çalışmalarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. USB sistemi; sadece bakım veren insan gücünün yetiştirilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bakım ihtiyacının belirlenmesi, kişilerin uygun bakım modellerine yönlendirilmesi, kalite ile ilişkilendirilmiş bakım ödeme sistemlerinin planlanması, sürdürülebilir USB politika ve finansmanı ile oluşturulduğudur. Bu bütün içinde, yaşam kalitesine katkı sağlayan kaliteli bakım hizmetlerinin yeri literatürde yeterince yer bulamamıştır.

Uluslararası literatüre bakıldığında, USB hizmetlerini ve kalite yaklaşımlarını inceleyen ANCIEN Projesine rastlanılmıştır. ANCIEN Projesi, 2013 yılında Avrupa'nın 20 ülkesinde yapılmış bir AB projesidir. Projeye göre bakım kalitesine ilişkin olarak kalite kavramlarından cevap verebilirlik (hasta odaklılık), bakımın etkinliği, hasta güvenliği ve koordinasyonu gibi kavramları temel alınmıştır. Araştırmaya katılan ülkelerdeki USB hizmetlerinde kalite çalışmaları bu çerçevede değerlendirilmiştir. Değerlendirmede USB hizmetlerinin kalitesini tanımlayan kavramlar, Donabedian'nın sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramlarından ödünç alınmıştır.

Literatürde, USB hizmetlerine ait kaliteli bakıma ve algıya dayalı iyi bakım tanımlamalarına ilişkin az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu alanda kapsamlı çalışmalardan biri 2014 yılında European Centre for Social Welfare Policy and Research tarafından 11 Avrupa ülkesinin katılımı ile yapılmış olan “iyi bakım” (The View From Within: “Good” Care From The Perspective Of Care Professionals) çalışmasıdır. Bu çalışmanın temel amacı ise bakım profesyonelleri açısından yaşlılar için “iyi bakım” algısını keşfetme olarak belirtilmiştir. Çalışmada, bakım alanına özgün kaliteyi tanımlayan kavramlara ihtiyaç olduğunun altı çizilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite yaklaşımından büyük ölçüde faydalandığı ve mevcut kalite kavramlarının bakım hizmetlerinde de kullanıldığı ancak bu yaklaşımın yetersiz kaldığı ifade edilmiştir. Çalışmada, kaliteli bakım hizmetlerinde bireyin sadece sağlık durumu değil aynı zamanda bakım alanının yaşam kalitesinin de göz önüne alınması gerektiği vurgulanmıştır. USB profesyonelleri ile bakım hizmeti alanların arasındaki ilişki ve

enformel bakım verenlerin kaliteli bakımda önemli rol oynadığı ifade edilmiştir (Leincher ve diğerleri, 2016).

İnsanların bir kısmının yaşamları boyunca bakıma hiç ihtiyaç duymamasına rağmen hastalığın seyri nedeniyle Alzheimer hastalarının mutlaka bakıma ihtiyaç duyduğu süreçleri olduğu bilinmektedir. Alzheimer hastalığı; mental bir bozukluk olup, ilerleyici bir beyin hastalığıdır. Hastalık sürecinde başta bellek ile kognitif merkezi ve bağlantıları olmak üzere beyin aktivitelerinde kalıcı etkilenmenin olduğu, yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Çağımızın hastalıklarından Alzheimer hastalığı, ömrün uzamasından dolayı daha sık rastlanır olmuş, hatta 85 yaş sonrasındaki popülasyonda %50 gibi ciddi bir rakama ulaştığı görülmüştür. Yaşlılık doğası gereği bireyin daha önceden sahip olduğu bilgi öğrenme, ilişkilendirme, muhakeme yapma, kendisini ifade etme, planlama ve tanıma gibi zihinsel becerilerini kademeli olarak kaybetmesiyle birlikte seyretmektedir. Zaman içinde kaybedilen beceriler bireyin işlevselliğini, mesleki ve sosyal ilişkilerini bozmaktadır. Aksayan fonksiyonlar bireyin önceleri gözetim, zaman içinde ise günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmesine, böylece bakım ihtiyacı duymasına neden olmaktadır. Bu süreç bireyler ve toplumlara göre değişmekle birlikte değişen bakım gereksinimi duyduğu süre 5-20 yıl arasında değişmektedir. Tüm bu nedenlerle hastaların evde ya da kurumda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılığının artmasına bağlı olarak artan seviyede enformel ve/veya formel bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu görülmektedir (Özbabalık ve Hüsseyin, 2015).

Yukarıda da belirtildiği gibi bakım hizmetlerinde kalite çalışmalarına ilişkin yapılan ulusal ve uluslararası literatür taramasında ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini tanımlayan kavramların olduğu çalışmalara rastlanmıştır. Bakım hizmetleri kalitesine ilişkin çalışmaların sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramların bu alana da yansıtılmasıyla yapılan çalışmalar bulunmuştur. Sağlık için ele alınan kalite kavramlarının USB hizmetleri için de geçerli olup olmadığı sorununun yeterince sorgulanmadığı görülmüştür. Aynı zamanda ulusal literatür incelendiğinde Alzheimer hastaları özelinde, hem bakım hizmetlerinde kalite algısını değerlendiren bir çalışma bulunmadığı, hem de bakım alanına ilişkin özgün kalite kavramlarının oluşturulmadığı anlaşılmıştır. Bunun yanısıra literatürde hem USB hizmetlerinin geliştirilmesi hem de

bakım alanların yaşam kalitesi için kaliteli bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu vurgulayan birçok yayına rastlanılmıştır (Who, 2002), (Mot ve Wileme, 2012). Aynı zamanda alanda algıya dayalı bakım kalitesini tanımlayan özgün tanımlamalara rastlanılmamıştır.

Yapılan bu tez çalışmasına gerekçe olarak; hak temelli yaklaşım gereği olarak herkes için kaliteli bakım hizmetlerinin organize edilmesi gerektiği kabul edilmiştir. Aynı zamanda literatürdeki çalışmalarda vurgulandığı gibi bakım hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramlar ile sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramların birbirinden farklı olduğu düşünülmüştür. Alzheimer hastalarının istek, ihtiyaç ve memnuniyetlerini ifade etmede sorun çekmeleri nedeniyle bakım hizmeti verenler inisiyatif kullanmakta ve kaliteli bakımda sorumluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada, Alzheimer hastalarının bakım hizmeti ile ilgili tarafların kaliteli bakım algısı öğrenilmek istenmiştir. Ayrıca bu çalışma ile Türkiye’de AÇSHB tarafından “Bakım Hizmetleri Kalite Standartları” geliştirme çalışmaları için objektif kanıta dayalı teknik bilgiler kullanılmasının yanısıra algıya dayalı “iyi bakım” tanımlamalarına da katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Araştırmada, literatürde USB hizmetlerine özgü kalite kavramlarının henüz gelişmemiş olması nedeniyle bu alanda kalite kavramlarının ortaya çıkarılması ve Türkiye’de kaliteli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi çabalarına katkı verilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada bu ve benzer nedenlerle özellikle Alzheimer hastaları yerine düşünen ve onlara bakım hizmeti verenler ile bakım hizmetleri kalite standartlarını belirleyen paydaşların (akademisyen, yönetici, sağlık profesyoneli vb.), iyi bakıma dair duygu ve düşüncelerine başvurulmuştur. Yapılan derinlemesine görüşmelerde nitel araştırma teknikleri kullanılarak iyi bakıma ilişkin algıları derlenmiştir. Araştırma amacı; USB hizmetlerindeki kalitenin, hizmet verenler (formel ve enformel) ve politika belirleyiciler tarafından nasıl algılandığıdır.

Araştırmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmış ve derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelere katılacaklar, (Alzheimer hastası bireylere bakım hizmeti veren yakınları, bakım elemanları ve kurumsal bakım hizmeti veren bakım

merkezlerindeki meslek elamanları) amaçlı örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Ayrıca BHKS çalışmalarına katılan AÇSHB yöneticileri, STK temsilcileri, akademisyenler (bir kişi birden fazla sıfatı taşımaktadır) ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde ses kayıtları, belirlenen etik kurallara uygun olarak alınmış, çözümlenmeler yapılmış ve duygu, düşüncelerine dayalı algıları değerlendirilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler, nitel araştırma yöntemlerine uygun olarak derlenmiş ve yorumlanmıştır. Verilerden elde edilen kavramlar kodlanmış ve aralarındaki ilişkiye bakılmıştır. Böylece kaliteli bakım hizmetlerine ilişkin kavramların ne olduğu, literatürdeki kaliteye ilişkin kavramlarla benzerliği ve çalışmada özgün yeni tanımlanan kavramların olup olmadığı bulunmuştur.

USB hizmetlerinde özellikle Alzheimer hastalarına bakım hizmeti verenler ile bakım hizmetleri kalite standartlarını belirleyen paydaşların kalite algılarına ilişkin yapılan çalışma beş bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde; dünyada '**uzun süreli bakım hizmetleri ve kalite**' hakkında yapılan tanımlamalara ve çalışmalara yer verilmiştir. İkinci bölümde '**Türkiye'de uzun süreli bakım hizmetleri**' derlenmiştir. Üçüncü bölümde '**Alzheimer**' hastalarının özellikleri ile tedavi ve bakım yaklaşımları incelenmiştir. Dördüncü bölümde '**araştırmanın yöntemi**' ve beşinci bölümde '**bulgular ve tartışma**' yer almıştır. Son altıncı bölüm ise '**genel değerlendirme ve sonuç**' olarak biçimlenmiştir.

1. BÖLÜM

UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ ve KALİTE

Engellilik ve ölüm oranları, ülkelerin sağlık statusünü tanımlamada kullanılmaktadır. Engelliliğe ilişkin yapılan projeksiyonlarda demografik değişiklikler ve yaşlı yaşam süresinin uzaması, yaşlılığa ulaşan bireylerde engelli olma olasılığını artırmaktadır. Yaşlılıkta engelli olarak geçirilen yaşam süresi, epidemiyolojik engellilik kavramını oluşturmaktadır. Bu değişimlerin yıldan yıla yaşlıların daha fazla sosyal ve ekonomik hayata katılımının sağlanması gerekeceği, bunun yanında daha fazla yaşlı-engelli birey için bakım ihtiyacının artacağı ve bu bireylerin yaşam kalitesine yönelik tedbirlerin alınmasının daha fazla önem kazanacağı beklentisi ortaya çıkmaktadır (Mot ve Wileme, 2012). Gittikçe daha fazla gündemimizde olacağı görülen uzun süreli bakım (USB) hizmetleri ve yaşam kalitesi için kaliteli bakımın tanımlanması ilgi çekmektedir. USB hizmetleri kimi ülkelerde sistem haline gelmiş ve tıpkı sağlık hizmetleri gibi dünyada ve tabii ülkemizde politika belgelerine ve stratejik belgelerde yerini almıştır. Tezin bu bölümünde, öncelikle USB hizmetlerine ilişkin ülke politikalarına yön veren uluslararası kurumlar ve belli başlı çalışmaları incelenmiştir. Bu çalışmalarda USB hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramlar üzerinde durulmuş ve kaliteye ilişkin yapılan çalışmalar incelenmiştir.

1.1. UZUN SÜRELİ BAKIM SİSTEMİNE AİT TEMEL KAVRAMLAR

Uzun süreli bakım sistemi, her yaşta bakım ihtiyacı olanların bakım hizmetlerine erişiminin sağlanması için aynı sağlık sisteminde olduğu gibi devletlerin kurguladığı temel sistemlerdendir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de gelişimi devam etmekte olup giderek artan rakamlarla kamu harcamalarında yerini almaktadır. Sağlık sisteminden çok daha az dikkat çekse de, USB sistemin iyileştirilmesi baskısının artması ile kurumda ve toplumda verilen bakım hizmetleri arasındaki dengenin oluşturulması, yüksek kaliteli bakım güvence sisteminin kurgulanması, akut ve uzun süreli bakım hizmetlerinin entegrasyonun sağlanması ve ekonomik koruma için

finansman mekanizmalarının oluşturulması gibi önemli politika konuları gündeme gelmektedir (Feder, Harriet, ve Niefe, 2018). USB sistemini anlamak için bakım hizmetini ve bakım modellerini tanımlamak gerektiği düşünülmüştür.

1.1.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetlerin Tanımı

Uzun süreli bakım (USB) hizmetleri; fiziksel, fonksiyonel veya zihinsel kapasitedeki eksiklik veya azalma nedeniyle, temel yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmekte güçlük çeken kişilere, destek olmak için sağlanan hizmetlerin tümü olarak tanımlanmıştır (Ökem, 2014). USB hizmetlerinin amacı; engellilik, yaşlılık ve bunun yanında özellikle mental gerilik-bozukluk-hastalık sonuçlarını ve bu sebeplerden kaynaklanan yalnızlığı azaltarak, yaşam kalitesini artırmak olarak belirlenmiştir. USB kapsamında verilen hizmetler; yara bakımı, ağrı yönetimi, ilaç takibi ve uygulamaları gibi temel sağlık hizmetlerinin yanısıra koruyucu önleyici hizmetleri, rehabilitasyon ve palyatif bakımı da içermektedir. USB hizmetleri evde ya da kurumda günlük yaşamı idame ettirmeyi ve sosyal hayatı sürdürmeyi kapsamaktadır (Ökem, 2014).

DSÖ'ye göre ise bakım; giyinme, tuvalete gitme, banyo yapma, yemek, temizlik, alışveriş gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) desteklemek ile birlikte bakıma ihtiyacı olan kişinin kendi başına temel GYA yürütmesini ve iyileşmesine yardımcı olacak hizmetleri kapsayan tedavilerin bütünü olarak tanımlanmıştır (WHO, 2002). USB hizmeti, hastane sonrası ihtiyaç duyulan akut bakımdan farklı olarak 6 aydan daha fazla süren, tıbbi hizmetlerin yanında sosyal bakım hizmetlerinin de verilmesini kapsayan hizmetler olarak adlandırılmıştır (Oğlak, 2008).

Yaşlıların, değişen toplum ihtiyaçları ve bilginin değişime olan katkısı ile engelliliğe bağlı kısıtlılıklarla baş etmek ve kişinin yaşamın içinde daha fazla kalışı sağlanmaktadır. Mot ve Willeme (2012) göre hastane sonrası akut bakımdan farklı olarak, USB hizmetlerini, hastalıkları geçirmek için değil engellilik ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan kısıtlılıkları gidermek, konfor sağlamak ve hastalık etkilerini en aza indirmek, fiziksel ve mental seviyeyi en üst düzeye çıkarmak için çabaların bütünü olarak tanımlamıştır (Mot ve Willeme, 2012).

USB hizmetleri, GYA desteklenmesinin yanında sağlık bakımı, kendine yardım aletleri (yürüteç, tekerlekli sandalye vb.) ve teknolojinin (acil durum sistemleri, bilgisayarlı ilaç hatırlatmaları vb.) kullanımı ile ev düzenlemeleri (rampa, tutamak vb.) gibi hizmetlerden oluştuğu vurgulanmıştır (BHKS, 2014). USB hizmetlerinde, ergonomik ev düzenlemelerinin ve ulaşım ile ilgili desteklerin de oluşturulması gerekmektedir. Bunun yanında USB hizmetlerinde kullanılan medikal araçların, sağlık hizmetlerine göre daha az çeşitlilik gösterdiği, maliyetinin az olduğu ve bu malzemelerin basit hasta anatomisini geliştiren ve GYA destekleyen malzemeler olduğu belirtilmiştir (Mot ve Wileme, 2012).

Bakım ihtiyacında olanların, ihtiyaçları belirlenerek bakım hizmetleri bireyselleştirilerek verilmelidir. Özellikle bireylerin mali işler sorumluluğu, seyahat etme ve iletişim araçlarını kullanma (telefon vb.) yeterliliği, solunum, uyku düzeni, hareketlilik, anlama ifade etme durumlarının değerlendirilmesi yani enstrümantel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık seviyesinin belirlenmesi ile bakım planı oluşturulmalıdır (BHKS, 2014).

1.1.2. Formel / Enformel Bakım

Bakım hizmetleri, multidisipliner bir ekip tarafından sunulmakta olup sadece sağlık mensupları (hekim, fizyoterapist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen vb.) değil formel ve/veya enformel bakım verenler, hatta ev temizlik elemanlarından oluşmaktadır. Formel bakım verenler, hem kurumlarda (bakımevi gibi) hem de evde özel olarak eğitilmiş bakım elemanları, hemşireler veya eğitimsiz bakım hizmeti verenlerden oluşmakta, iş kontratı karşılığı çalışanlar olarak tanımlanmaktadır. Enformel bakım verenler ise aile üyeleri (eşler, çocuklar, anne-babalar, akrabalar/yakınlar), komşular, arkadaşlar, göçmen bakıcılar, vasıfsız bakıcılar vb. den oluşmakta ve sözleşmeye dayalı olmayan bir ilişki içerisinde hizmet vermektedir (Ökem, 2014).

USB hizmetlerinde, becerilerine göre özelleşen ve farklı yeterliliklere sahip insan gücü çalışmaktadır. Evde, kurumda, hastane sonrasında (akut) verilen bakım hizmetlerinde çalışan sağlık mensupları alanlarında özelleşmiş ve mesleki yeterlilikleri

oluşturulmuştur. Lakin bakım hizmeti verenlerde çoğu zaman bu durumun tersinedir. USB hizmetleri sektörünün iş gücüne duyarlı olduğu ve bu hizmetlerin alt meslek grupları (ev yardımcısı, ev temizlikçisi, hemşire yardımcısı, aktivite desteği verenler, enformel bakım verenler) tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir (Mot ve Willeme, 2012).

USB hizmetleri kapsamında evde bakımda olduğu gibi kurumsal bakım hizmetlerinde de insan gücü değeri yerini almıştır. Kurumsal bakım hizmetini ‘kurumsal’ hale getirmenin temel özelliğinin kurumun büyüklüğü değil, formal bakım verenlerin oluşturduğu ‘kurumsal kültür’ olduğudur. Pfeiffer’e (2010) göre kurumlar, geniş topluluklardan izole olarak yapılanması, bu kurumlarda çalışanlar ile hizmet alanların birlikte yaşamı paylaşmaktadır. Kurularda bakıma ait rutin işlerin zorlukların yanısıra aile benzeri ilişkilerin hâkim olduğu görülmektedir. Bu nedenle de sosyal mesafenin kestirilemediği ve hizmet alan bireyin ihtiyaçlarının kurumun kurallarından daha önemli olduğu durumlar yaşanabildiği belirtilmiştir. Ayrıca bu alana özgün olarak bakım hizmeti alanlar arasında memnuniyetlerini ifade edebilenler olduğu gibi kendi üzerinde yeterince kontrolü bulunmayanların bu konuda yetersiz kaldıkları ifade edilmiştir. (Pfeiffer, 2010).

1.1.3. Uzun Süreli Bakım Hizmetinin Sağlık Hizmeti/Sağlık Bakım Hizmetinden Farkı ve Rehabilitasyon

Ökem’e (2014) göre bakım hizmetleri ve sağlık hizmetleri çoğu gelişmiş ülkedeki sosyal güvenlik politikaları kapsamında ayrı ayrı ele alınmaktadır. Nitekim akut koşullar nedeniyle ortaya çıkan ihtiyaç gereği genellikle insanların sağlık hizmetleri sistemine girip bir süre sonra ayrılmalarına rağmen, bakım ve desteğe ihtiyaç duyanlar uzun süre bakım sisteminde kalmaktadırlar. Sağlık sisteminin temel amacı hastalığı önlemek ve hastayı iyileştirmektir. Bakım hizmetinde ise ihtiyacın sürekliliği nedeniyle, bakıma ihtiyaç duyanların ve ailelerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi belirgin bir hedeftir. Yaşlı veya engelli insanlar için bakımın yanında, emniyet sağlamak, evin veya altyapıların fiziksel olarak uyarlanması da (örn. rampalar, tutamak vb.) dâhil olmak üzere farklı hizmetleri de gerektirmektedir (IOM, 2000).

Sağlık hizmetleri (health care) sağlığı korumak ve iyileştirmek ve hayat kurtarmak için yapılan müdahalelerdir (WHO, 2017). Sağlık hizmetleri, tıbbi ve sağlık alanında çalışan meslekler tarafından sunulan hizmetler vasıtasıyla hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve yönetimi ile zihinsel ve fiziksel refahın korunması olarak tanımlanmaktadır. Hizmetlerin tam yapılandırılması ülkeden ülkeye değişmekle birlikte her durumda sağlam bir finansman mekanizması gerektirmektedir. DSÖ'ye göre; sağlık sistemi iyi eğitilmiş ve yeterli sayıda ücretli insan gücü, kararların ve politikaların temel alacağı güvenilir bilgi, kaliteli ilaçlar ve teknolojiler sunmak için iyi hazırlanmış tesisler ve lojistik destekler bütününden oluşmaktadır (WHO, 2017).

USB hizmetleri, hem rehabilitasyon hem tedavi hem de bakım hizmetlerini içermektedir. Bireysel farklılıklara göre ihtiyaca uygun USB hizmetleri; tıbbi hizmetler, hemşirelik bakımı, koruyucu önleyici yaklaşımlar, rehabilitasyon veya palyatif bakım gibi sağlık hizmetlerini içerdiği gibi yürüyüş, banyo, giyinme, yemek yeme-piştirme, araba kullanmak, alışveriş yapmak, ilaçları yönetmek gibi (enstrümantal) günlük yaşam yönetimi etkinliklerini destekleyen bakım hizmetlerini de içermektedir. USB hizmetlerinin bu bütünlük içinde sunulması beklenmektedir.

DSÖ, rehabilitasyon hizmetini, çevre ile etkileşim içerisinde sağlık koşullarına sahip bireylerde fonksiyonelliği optimize etmek ve engelli olma halini azaltmak için tasarlanmış bir dizi müdahale olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2018). Rehabilitasyon hizmetine, sağlığa ilişkin durumlar (akut veya kronik hastalık, bozukluk, yaralanma travma vb.) yanında gebelik, yaşlanma, stres, konjenital anomali veya genetik yatkınlık gibi başka koşullarda da ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Rehabilitasyon hizmeti, insanların yaşama, çalışma ve öğrenme için potansiyellerini en üst düzeye çıkarma hedefi taşımaktadır. Ayrıca bu alana ait kanıtlar, rehabilitasyonun yaşlanmayla ilişkili fonksiyonel zorlukları azaltabileceğini ve yaşam kalitesini iyileştirebileceğini de gösterdiğine dikkat çekilmektedir. Bu kapsamda rehabilitasyonun birey-merkezli olması ve bu hizmetinin bakım ile birlikte verilmesi, genel sağlığın bir parçası olduğu, bu nedenle hizmetlerin kalitesi ve erişilebilirliğini artırılması gerektiği vurgulanmıştır (DSÖ, 2018).

1.1.4. Dünyada Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi

Yaşlanma ile birlikte duyulan USB ihtiyacı farklılık göstermektedir. İhtiyaç duyulan bakım türü ve miktarı; alınan sağlık hizmeti standardı, hayat boyu edindiği sosyal ve ekonomik deneyimler, bireyin kazanımlarına bağlı olarak şekillenmektedir. Bakım ihtiyacını belirlemede kullanılan GYA (giyinme, tuvalete gitme, banyo yapma, yemek, temizlik vb) desteklemek ve Enstürümantel GYA (alışveriş yapma, telefon kullanma vb.) gibi bağımlılığını değerlendiren ölçekler bulunmaktadır. Ülkelerin kabul ettiği ölçekler üzerinden değerlendirmeler yapılarak USB hizmetlerine yönlendirmeler yapılmaktadır (UN, 2016).

Bakım hizmetlerine yönlendirmeleri için kullanılan ve ABD Tıp Enstitüsü (IOM) 1986 oluşturulan Huzurevine Yönlendirme Klavuzu (Resident Assessment Instrument-RAI), bakım ihtiyacında olan bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneğini değerlendirmekte ve kurumsal bakım hizmeti alacak kişinin fonksiyonel kapasitesindeki bozuklukları saptamakta kullanılmaktadır. USB hizmetini periyodik olarak izleyen RAI bakım hizmetinin izlenmesini sağlamaktadır. Kurumsal bakımda; diyet takibi, sosyal çalışma, fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma terapisi, eczacılık ve bakım sürecindeki faaliyetler gibi ilgili disiplinlerin yer almasını, kurumsal bakım için daha bütünsel bir yaklaşımda hizmet verilmesini hedeflemektedir. Aynı zamanda bakım hizmeti veren ekip arasında iletişimini güçlenmesini sağlamaktadır (Resident Assessment Instrument, 2005).

GYA değerlendirilmesi, istismarı önlenmesi, enformel bakımın organizasyonu, bakıma uygunluk ve çevresel faktörlerin belirlenmesi gibi çoklu bakış açısı ile geliştirilen değerlendirme aracı RIA, hastane taburculuğu sonrası değerlendirmelere bağlı olarak bakımı planlamak, uygulamak ve izlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu kapsamda acil sonrası/akut/kronik/palyatif bakım ile zihinsel sağlık, evde bakım ve destekli yaşam gibi bakım modellerine yönlendirmektedir (Resident Assessment Instrument, 2005).

1.2. UZUN SÜRELİ BAKIM FİNANSAL ERİŞİM

Yaygın olan bilgi ve varsayımlara göre yaşlıların bakımı için kaynakların olduğu yönündedir. Gerçekte, düşünülenin aksine bakım hizmetlerine erişimin çok daha fazla devlet desteği ile olduğudur. Ülkeler arasında farklılık olmasına rağmen ailelerin yaşlılarına bakmasının zorlaşmasına neden olarak; istihdamda göçün artması, istihdamda kadın sayısının artması, ailelerde birden fazla ücretli çalışanın olması ve daha küçük aile yapısına geçişin yaşanması gibi tespitler yapılmıştır (UN, 2016). OECD çalışmasında, Cezayir, Hindistan, Rusya Federasyonu ve Şili gibi bazı ülkelerde aile üyelerinin olmaması durumunda devlete bakım hizmetini üstlenme sorumluluğunu getirilmiş, ancak ailesi olan bakım ihtiyacı bulunan bireylerin bakım hizmetini verme konusunda sorumluluğun aileye verilmesinin zorunlu tutulmasına dair yasa getirilmiştir (OECD, 2015). Avrupa da ise bakım hizmetine duyulan ihtiyaç hızla artmaktadır. Age Platformun (2015) yaptığı çalışmaya göre İngiltere’de bakım ihtiyacına ilişkin yaptığı araştırmada bu ihtiyacı karşılanamayan kişi sayısının artışına dikkat çekmiştir.

Tablo 1. İngiltere’de USB İhtiyacının Karşılanması Durumu- AGE-2015

	2012-13	2013-14
Karşılanmamış bakım ihtiyacında olan yaşlı bireyler*	870,000	1.004.000

*Yataktan kalkma, yıkanma ve giyinme gibi temel işlerle ilgili yardıma ihtiyacı olan ancak yeterliliği olmayan yaşlı bireyler,

Kaynak: AGE UK, Agenda for Later Life 2015: A great place to grow older (AGE Platform, 2015)

Tablo 1’de GYA desteklenemeyen yaşlı sayısında bir yılda 130.000 kişi artış olduğu ifade edilmiştir. Bu sayının giderek artış göstereceği düşünülmektedir. Bakım hizmetleri, küresel kamu harcamaları içerisinde ortalama olarak GSYH’nin % 1’in altında olduğu tespit edilmiştir. Avrupa’da bu oran değişik seviyelerde olmakla birlikte (ör. Hollanda ve Norveç’te % 2) ABD’de % 1,2, Kanada’da % 0,6 olduğu görülmektedir. USB sistemlerin sürdürülebilir olmasını sağlamak için, (ör. Almanya, Japonya, Kore Cumhuriyeti, Lüksemburg ve Hollanda gibi) ülkeler prim ödeme düzenlemelerini içeren zorunlu kamu ve uzun süreli bakım sigortaları sistemleri uygulanmaktadır. Bu ülkelerde kurum veya evde her tür formel bakım hizmetine erişmek isteyen yaşlıların, çoğunluğunun devlet tarafından finanse edilebilen hizmetleri

almaya hak kazanmak için tasarruflarını kullanmaları veya varlıklarını ‘harcama’ları gerektiği yönünde kurallar konmuştur (UN, 2016).

Sosyal ve tıbbi evde bakım hizmetleri için genellikle devletlerin farklı finansman mekanizmaları bulunmaktadır. Bu hizmetlerin cepten yapılan harcamalar ile finanse edilmesinin, hem yaşlılar hem de çoğunlukla aileleri için olumsuz mali sonuçlar doğurabildiği de saptanmıştır. Bazı gelişmiş ülkelerde USB maliyetlerini karşılayan sigorta poliçeleri için sınırlı bir piyasanın ortaya çıktığı, alım oranlarının düşük olduğu ve bakım güvence sistemi primlerinin pahalı olduğu görülmüştür (UN, 2016). Bakım sigortası, sigorta sağlayıcılarına ödenen primler karşılığında bakım hizmeti için fon temini sağlayan bir sigorta türüdür. Bugün dünyada Amerika, Japonya, İngiltere, Almanya, Hollanda, Avusturya gibi ülkelerde uygulanan USB sigortası sistemi uygulanmaktadır. İki tür poliçeye sahip olan sigortada toplanan primler ve tazminatlar, kişiye sunulan hizmetin şekli, süresi ve kişinin yaşına bağlı olarak çeşitlenmektedir (Kaygısız, 2010).

Bakım hizmetleri ödemeleri için yaşlılara dönük sosyal politikalarda emeklilik sistemi ön planda olmakla birlikte, bakım hizmetleri, sosyal hizmetler ve sosyal yardım gibi yöntemler de önemli bir destek niteliğindedir. Ancak bu durum, ülkeler arasında farklı şekil ve derecelere sahiptir. Emeklilik sistemleri, özellikle 1990’lı yıllarla birlikte reformlara tabi tutulmak suretiyle cömert olmaktan daha az cömert olmaya doğru kaymıştır. Bunun anlamı, sosyal politikadaki “yaşlıyı merkeze alan” yapının sekteye uğramaya başlamasıdır. Yaşlılara dönük sosyal politikalarda, devlet, yerel yönetimler ve aile gibi aktörlerin etkisi, ülkeler açısından farklı derecelerde görülmektedir. Kimi ülkelerde devlet ön planda iken, kimisinde yerel yönetimler ve kimisinde de aile merkezdedir. Henüz tam anlamıyla refah seviyesini diğer ülkeler seviyesine çıkaramayan ülkelerde, kurumlar arası koordinasyonun zayıf olmasına, bölgeler arasında farklılıkların bulunmasına ve yaşlı haklarının dağınık bir yapı seyretnesine neden olabilmektedir (Taşçı, 2010).

Yaşlılara yönelik sosyal bakım hizmetleri, gittikçe “karma bakım modeli” şeklini almaktadır. Bu çerçevede, bakım hizmetinde bir yandan kamu (merkezî/yerel) gerek

finans gerekse direkt hizmet anlamında devrede iken, diğer yandan aile gibi yaşlının yakın çevresi de katkı sağlamaktadır. Emeklilik yaşı, gittikçe artmaktadır. Bunun yanında, yaşlılara yönelik olarak, çalışma hayatında kalmalarına dönük teşvikler göze çarpmaktadır (Taşçı, 2010). Yaşlılara bakım hizmetlerine erişmede daha genç yaştaki engellilere göre eşitsiz muamele edilmesi, özellikle Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre "yaşlı ayrımcılığı sorunu" olarak ortaya atılmıştır. Bu durum sıklıkla yaşlı insanlar için olası bir insan hakları ihlali olarak gösterilmiştir. Birçok ülkede, engelli yaşlı insanların, engelli genç insanlar kadar bakım yardımı ve yardımlarından yararlanma hakkına aynı olmadığı belirtilmiştir (Age Platform, 2016).

1.3. YAŞLILIĞA İLİŞKİN ULUSLARARASI KURULUŞLAR VE UZUN SÜRELİ BAKIM ÇALIŞMALARI

Çağın getirisi olan uzun yaşama süreci, başta bakım hizmetleri olmak üzere çözülmesi gereken sorunları da beraberinde getirmiştir. İleri yaşlarda bireylerin sağlıklı ve aktif yaşam tarzını koruyarak toplum içinde kalması ve işgücüne katılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Dünyada ileri yaşlarda sosyal içermenin (katılımın) oluşabilmesi için hak temelli yaklaşımlarla sorunların çözülmesi elzem hâle gelmiştir. Türkiye'de yaşlılığa ilişkin politikalar ve uygulamaların bu bakış açısıyla gelişmeye devam etmektedir (Özgöbek ve Yazıcı, 2016).

Dünyadaki demografik değişimler, kanıta dayalı verilerle uzun dönemli projeksiyonların yapılmasına neden olmuştur. Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği, OECD gibi uluslararası organizasyonlar, bu konuda belli başlı çalışmalara imza atmıştır. Türkiye'nin de etkilendiği bu demografik değişimler ile baş edebilmek amacıyla, dünyanın çözüm önerilerini de dikkate alan politikalar üretilmiştir. Bu politikaların uygulanmalarına yönelik ülkeler stratejik planlar ve uygulama programları oluşturmuş, mevzuat düzenlemeleri yapmıştır (Özgöbek ve Yazıcı, 2016).

Tüm bu çabalar, ileri yaş almış bireylerin toplumsal hayata tam katılımını temin etmek, yaşamlarına sağlıklı ve aktif olarak devam etmelerini sağlamak için yapılmıştır. Yaşanan çağın insanlığa getirisi; teknolojinin gelişmesi, artan refah düzeyi, sağlık

alanında gelişmeler ve yaşam sürelerinin uzaması olmuştur. Yaşam süresinin uzaması yaşlıların yaşam kalitesinin de önemini artırmıştır. Yaşam kalitesinin artırılmasına ilişkin çaba hak temelli yaklaşımlarla hizmetlere ulaşmayı gerekli kılmış, bu durum da sağlık ve bakıma ilişkin artan kamu harcamalarına neden olmuştur. Bu gelişmeler yaşlı bireylerin, sosyal içerme ile iş yaşamında kalmasını, aktif ve sağlıklı yaşam tarzını geliştirmesini beraberinde getirmiştir. Aynı zamanda bu durum ülkeleri de yaşlanan nüfus projeksiyonları ve artan ihtiyaçlarına ilişkin uluslararası ortak kararlar almak ve çalışmalar yapmak durumunda bırakmıştır. Bu çerçevede yaşlanma alanında uluslararası kuruluşların yaptığı önemli çalışmalar aşağıda yer almıştır (Özgöbek ve Yazıcı, 2016).

UNECE (The United Nations Economic Commission for Europe/ Working Group On Active Ageing) Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu Yaşlanma Çalışma Grubu; 2002 yılında Madrid’de yapılan yaşlılığa ilişkin genel çözümlerin arandığı Yaşlanma Eylem Planı’nı (MIPAA) politik deklarasyon olarak yayınlamış ve MIPAA her 5 yılda bir yeniden gözden geçirmeyi hedeflemiştir. Komisyon, 2007 yılında ilk MIPAA gözden geçirilmesini Leon’da yapmış, hedefler belirlemiş ve BM Yaşlanma Çalışma Grubu’nu (YÇG) oluşturmuştur. Ardından, 2012 yılında ise Viyana’da 500’den fazla katılımcı ile MIPAA ikinci kez gözden geçirilmiştir. Türkiye, 2012 yılında BM yapısında oluşturulan YÇG tarafından büroya (yönetim kurulu) seçilmiş ve 8 ülkeden biri olmuştur. Bu görevini 2013-2017 yılları arasında devam ettirmiştir (UNECE, 2015).

Çalışma Grubu MIPAA Üçüncü gözden geçirme toplantısını, 2017 yılında Lizbon’da gerçekleştirilmiştir. Grup, MIPAA uygulamalarının 2017’ye kadar olan üçüncü dönemi için; yaşlanmala ilgili iyi uygulama örneklerinin paylaşılması, yaşlanma yol haritalarının belirlenmesi, popülasyondaki değişimin izlenmesi, alandaki gelişmelere uygun MIPAA geliştirilmesi ve “toplumda her yaştaki bireyin hayat kalitesinin artırılması ve aktif yaşlanma bilincinin oluşturulması” hedeflerini belirlemiştir (UNECE, 2015).

Çalışma grubunun gerçekleştirdiği diğer çalışmalar ise aşağıda sıralanmıştır;

-*Aktif Yaşlanma İndeksi Projesi*: 2012 yılında başlatılmış ve bugün 27 Avrupa ülkesini kapsamaktadır. Proje, UNECE ve Avrupa Komisyonu Viyana Yaşlanma Araştırma Birimi tarafından yürütülmektedir. Aktif yaşlanma hedefi doğrultusunda; yaşlıların çalışabilirliğinin sağlanması ve uzun çalışma yaşamının desteklenmesi gerekliliği savunulmuştur (UNECE, 2017).

-*Yaşlanma Yol Haritaları*: Yaşlılığa ait ülkelerin politikalar oluşturmalarına destek vermek amacıyla; yaşlılığın statüsü, entegrasyonu, toplumsal katılımı, sosyal koruma, hayat boyu öğrenimi, **sağlık ve bakım hizmetinin sağlanması**, cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi, nesiller arası dayanışma ve uluslararası süreçlere katılımın gibi konuların ele alınmasında rehberlik etmek amacıyla hazırlanmıştır (UNECE, 2017).

-BM tarafından 2013 yılında “yenilikçi ve güçlendirilmiş bakım stratejisi” politika belgesi yayınlamıştır.

WHO (World Health Organization/Ageing And Life Course) Dünya Sağlık Örgütü; DSÖ ‘Yaşlanma ve Yaşam Seyri’ çalışmasında, yaşlılığa ilişkin olarak “sağlıklı yaşlanma” konusu ele almıştır. DSÖ’nün bu alanında yaptığı çalışmaların odağına yaşlıların sağlığı yanısıra, yaşlı ihmal ve istismarı, düşme konuları belirlenmiştir. DSÖ’nün geliştirdiği, yaşlama ve yaşam seyri yaklaşımı kapsamında;

1. Yaşlı dostu çevre oluşturulması,
2. Yaşlı popülasyonunu dikkate alan sağlık sisteminin kurgulanması,
3. **Uzun süreli bakım hizmetlerinin sağlanması**,
4. Yaşlılığa ilişkin veri derlemeleri ve araştırmaların yapılması konularını ele almıştır (WHO, 2015 b).

DSÖ’nün yaşlanma alanında yaptığı diğer çalışmalar ise “Dünya Yaşlanma ve Sağlık Raporu- 2015” ve “Yaşlanma ve Sağlığa İlişkin Global Strateji ve Eylem Planı-2016” belgeleridir. Bu çalışmalarda; yaşlı istismarının önlenmesi, sağlığa erişimde daha çok teknolojinin kullanılması ve sağlıklı yaşlanma konularının gelecekte daha önem kazanacağı vurgulanmıştır (WHO, 2016).

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/Ageing And Employment Policy) Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü “OECD Yaşlanma ve

İstihdam” konusunda, oluşturulan Yaşlanma Çalışma Grubu tarafından “Avrupa 2020 Stratejisi”ni belirlenmiştir. Bu çalışmada, ülkelerin yaşlılığa ilişkin politik süreçleri desteklemek amaçlanmıştır. Grubun hazırladığı stratejide;

-Yaşlılığa ilişkin bütçe projeksiyonlarını yönetmek; metodoloji oluşturma, kaliteli hizmet geliştirme ve ülke karşılaştırmaları ile rehber oluşturmak,

-Uzun süreli kamu harcamaları desteklerinin geliştirilmesine katkı vermek; uzun süreli projeksiyonları temel alarak sonuçları ile ilgili indikatör geliştirmek, emeklilik reformlarını yapmak,

-Uzun süreli sürdürülebilir mali analizleri tartışmak; yaşlılığın makroekonomi göstergeleri üzerindeki etkilerine katkı verebilmek olarak belirlenmiştir (OECD, 2016).

Aynı zamanda OECD, 2005 yılında “**Yaşlılar için Uzun Süreli Bakım**” raporu ve 2013 yılında “Yaşlanmada İyi Yaşam; **Uzun Süreli Bakımda Kalite Geliştirilmesi ve İzlenmesi**” yayınları bulunmaktadır. Bunun sonrasında ise 2015 yılında ise “Sağlık ve **Uzun Süreli Bakımda** Kamu Harcamaları ve Projeksiyonları” raporunu yayınlamıştır.

UNDESA (The United Nations Department of Economic and Social Affairs/ United Nations Human Rights Office Of The High Commission/Open-Ended Working Group On Ageing For The Purpose Of Strengthening The Protection Of The Human Rights Of Older Persons) Birleşmiş Milletler Ekonomi ve Sosyal İşler Bölümü İnsan Hakları Yüksek Ofisi “Açık Uçlu Yaşlanma Çalışma Grubu”; BM Yaşlı Hakları konferanslarında önemli çıktı olan yaşlı bireylerin eşitlikçi ve katılımcı olarak iyilik hâllerinin sürdürülmesi için haklarının oluşturulması gerekliliğini teyit etmiştir. Bu çalışmaların ışığında oluşturulan BM Açık Uçlu Yaşlanma Çalışma Grubu, 2010 yılından bu yana düzenli olarak yaşlı hakları konusunda New York’ta toplantılar yapmaktadır (UNDESA, 2015). Türkiye bu toplantılara katılım sağlamaktadır.

CDDH-Age (Council of Europe Human Rights of Older Persons) Avrupa Konseyi yaşlıların İnsan Hakları Hakları Komisyonu; Avrupa Konsey üyesi ülkeler, uzmanlar ve uluslararası sivil toplum kuruluşları, insan hakları enstitü temsilcileri, Avrupa Uluslararası komite üyelerinin katılımının sağlandığı bir dizi toplantılar yapmıştır. Yaşlanma Çalışma Grubu ‘Yaşlı Hakları’ metni 2012-13 yılları arasında çalışmıştır.

(CDDH, 2013). **Bakım hizmetlerinin** bir hak olarak kabul edildiği bu çalışmalara Türkiye’de katılmıştır.

EU (European Union Economic Policy Center Epc-Working Group On Ageing) Avrupa Birliği Ekonomik Politikalar Merkezi Yaşlanma Çalışma Grubu; “Avrupa Konseyi Yaşlıların İnsan Hakları Yaşlı Hakları Komisyonu”nun hazırladığı Yaşlı Hakları’ni çalışmıştır. Hazırladığı metinde; yaşlı bireylerin yaşama tam katılımlarının sağlanması, ayrımcılığa uğramadan toplumda saygınlıklarının devam ettirilmesi, yaşlıların ihmal-istismar ve şiddetten korunması, sosyal koruma ve iş hayatına katılımı, **bakım-sağlık hizmetlerine erişimi**, barınma ve **bakım merkezleri ile palyatif bakım hizmetleri** ve mahkûm yaşlılara yönelik önlemlerin alınması gibi konuları yer almıştır (EU, 2014).

Age Platform Europe; Avrupa Yaşlanma Platformu Avrupa’da yaşayan 50 yaş üzeri yaklaşık 40 milyon üyesi olan 150 organizasyonun katılımı ile temsil edilmektedir. Yaşlı ve emeklilerin sesi olan platformun; ayrımcılık karşıtı-sosyal içerme, yaşlı çalışan, aktif yaşlanma, sosyal koruma, emeklilik reformları, **sağlık ve bakım hizmetleri**, yaşlı ihmal ve istismarı, nesiller arası dayanışma, araştırma, toplu taşımada erişebilirlik, çevre düzenlemeleri ve yeni teknolojiler konusunda çalışmaları bulunmakta ve projeler yapmaktadır (Age Platform, 2017).

Genel olarak uzun süreli bakıma dair uluslararası politika belgelerinde sağlık hizmetleri ile birlikte bakım hizmetleri de ele alınmaktadır. Aynı zamanda uzun süreli bakım hizmetlerinin daha fazla yaşlılık odağında olduğu görülmektedir. USB hizmetlerinde finansal erişimin önemi bir konu olduğu ve bir o kadar da toplumda kırılgan grup olarak kabul edilen yaşlıların haklarının korunmasının bağlandığı görülmektedir. Yaşlıların yaşam kalitelerine doğrudan etkilediği sağlık ve bakım hizmetlerin bir hak olduğu ve hizmet kalitesinin giderek daha önem kazandığı anlaşılmaktadır.

1.4. UZUN SÜRELİ BAKIMDA KALİTE NEDİR?

Uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik kaliteye dair düzenlemelerde, hangi tür hizmetlerin kimlere verildiği ile ilişkili olduğu görülmektedir. USB hizmetlerinde kalite

güvencesinin sağlanmasındaki amaç; serbest piyasa ekonomilerinde yer alan kaliteli bakım hizmeti verilmesi sürecine ihtiyatlı olarak hâkim olunmasını sağlamaktır (Vicent ve diğerleri, 2014). USB hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesinde itici güç olarak genellikle üç tamamlayıcı yaklaşımdan bahsedilmektedir. Bu yaklaşımlar;

1. USB hizmetlerinde kalite standartları, devletlerin ya da akreditasyon kuruluşlarının zorunlu tutmaları ve ödeme kuruluşlarının bu konuda hassas olmaları,
2. Hizmet alanların bilgili olması, seçimleri ve rekabet ortamının yaratılması,
3. Kalite geliştirmeye dair organizasyonların ve profesyonellerin taahhütlerini yerine getirmelerinin sağlanması

olarak özetlenmektedir (Vicent ve diğerleri, 2014).

USB hizmetlerinde kalite; toplumun, hizmetten yararlananların ailelerin yanısıra yerel ve ulusal yönetimlerde yer alan politika belirleyicilerinin de ilgisini çekmektedir (Kohler ve diğerleri, 2001). USB hizmetlerinin iyileştirilmesinin gerekliliği ve kalite geliştirme uygulamalarının nasıl işlediğinin çok az bilindiği vurgulanmaktadır. Kalite yaklaşımının altında yatan ve hâlâ yeterince bilinmeyen teorik ve ampirik bilgilerden dolayı, kalite geliştirmenin içeriğinin iyi değerlendirilmesi ve derinlemesine anlaşılması gerekliliği dile getirilmektedir (Stoopendaa ve diğerleri, 2013).

USB hizmetlerinde kalite çalışmaları, kendi alanına özgü gelişimi yerine sağlık hizmetlerinde yer alan kalite kavramları üzerinden gelişmiştir. Sağlıkta kalite konusunda katkıları olan araştırmacılardan Donabedian; sağlık kalitesinin bilim ve teknolojinin uygulamalarının bir ürünü olduğunu ve tıbbi tedavi kalitesini değerlendiren üç bileşenli bir çerçeveden oluştuğunu ifade etmiştir. Bu çerçeveyi; yapı, süreç ve sonuç olarak belirtmiştir (ANCIEN, 2012). Bakım kalitesini belirleme çalışmalarında da bu çerçeveden yola çıkılmıştır.

Mot ve Willeme'e göre USB hizmetlerine dair kalite yaklaşımında, akut bakımdan farklı olarak bireyin sağlık ve sosyal alanlarına ait amaçlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımda, sağlık hizmetinin bakıma, bakım hizmetlerinin sağlığa etkilerine ilişkin kalite beklentileri olduğu belirtilmiştir. Kalitenin diğer yüzü; bakım hizmeti alanın düşüncelerini ve memnuniyetini yansıtmasına imkân vermesi olarak görülmektedir.

Kaliteli bakımda, bakım ihtiyacında olanlar ile aile/yakınların ve bakım hizmeti verenlerin arasındaki ilişkinin geliştirilmesi bir göstergedir. Bireyin bakım için, evinin ya da kaldığı merkezin fiziksel şartlarının bireyin istek ve ihtiyaçlarına uygun hâle getirilmesi, bakım ve sağlık hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanması gerekliliğide vurgulanmaktadır (Mot ve Willeme, 2012). Donabedian'a göre bakım hizmeti alanlar, kaliteyi belirlemek için vazgeçilmez bir katkıda bulunmakta ve kararları doğrultusunda bakım kalite standartlarını belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Dandi ve diğerleri, 2012). Bu katkılar, USB hizmeti kalite çalışmaları gün geçtikçe artmaktadır.

1.4.1. Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kaliteyi Tanımlayan Kavramlar

USB hizmetlerinde kalite alanında yapılan çalışmalarından biri, USB hizmetlerinde kaliteye ilişkin tanımlama çalışmasıdır. Bu çalışma, 21 üye ülkenin (Almanya, İspanya, Hollanda, Polonya, Yunanistan, İngiltere, Avusturya, Macaristan, Malta, Slovakya, Slovenya, Romanya, Letonya, Hırvatistan, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Fransa, İsveç İsviçre, İtalya) katılımı ile gerçekleşen ve 2011 yılında tamamlanan "Avrupa Ülkelerinde Bakım İhtiyacının Belirlenmesi" (Assessing Needs of Care in The European Nations) (ANCIEN) projesi olmuştur. Bu proje kapsamında ulusal USB sistemlerinin tanımlanma, veri toplama yoluyla amrik olarak USB sistem türlerini ve sistem tipolojisini oluşturması çalışılmıştır.

ANCIEN Projesinde, Avrupa'da yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerini değerlendirildiği ve USB hizmetlerinin gelişimine, kalitesine, verimliliğine odaklanılmıştır. Bu projede, ülkelerde uygulanan USB hizmetlerinde kalite çalışmaları ortak payda olarak kabul edilen bazı kalite göstergeleri üzerinden değerlendirilmiştir. Bu kalite göstergeleri, literatürde Donabedian'ın sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımladığı temel kavramlardır ve ANCIEN projesinde bakım hizmetleri kalite izlemesine uyarlanmıştır. Bu kalite kavramları; hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik ve koordinasyon gibi bazı kalite kavramlarıdır. (Legido-Quigley, 2008). Kavramların açıklamaları aşağıda yer almaktadır:

1. Hasta Değerlerine Saygı / Memnuniyet kavramı bakım hizmeti kalitesini tanımlamasında 3 farklı boyutuyla ele alınmıştır.

- a) **Hasta Değerlerine Saygı**, insanların yasal sağlık beklentilerinin dışındaki beklentilerin nasıl bir sistemle yerine getirilmesi gerekliliğidir (WHO, 2002). Değerlere saygı kavramı, bir sistemin hastayı / bakım hizmeti alanı sağlık hizmetleri sunumunun merkezine yerleştirme derecesi ile yakından ilişkilidir. Sıklıkla hizmet alanın sağlık hizmetleriyle ilgili deneyimi açısından değerlendirilir. Buradaki vurgu, bireyin kendi özel bakım istekleri konusundaki edindiği izlenim, hastanın genel memnuniyetinin veya bakımın yeterliliğine ilişkin görüşleridir.
- b) **Memnuniyet**, hastanın sağlığı üzerindeki tedavi ve iyileşme beklentilerini nasıl karşılandığıdır.
- c) **Kabul Edilebilirlik** ise tedavinin ve bakım hizmetinin ne kadar insani değerler önemsenererek verildiğidir.
2. **Etkililik** kavramı kaliteli bakım hizmetleri için üç farklı boyutu içermiştir;
- a) **Bakımda Etkililik**, belirlenen anahtar performanslar bakımın hedeflenen etkide verilmesini işaret etmektedir. Donabedian (1980), etkililiği bakım hizmetinde hasta refahını en üstün hâle getirmek olarak tanımlamaktadır. The Council of Europe (1997) göre etkililik; arzulanan amaçlara ulaşılması ve arzu edilmeyen sonuçlardan kaçınılmasıdır.
- b) **Uygunluk**, bireyin klinik ihtiyaçlarını karşılayan ve sağlık bakımını gösteren kanıta dayalı performans boyutunu ortaya koyan kalite göstergeleridir. Bu boyut etkililiğin ana unsurudur.
- c) **Personelinin Yeterlilikleri**, sağlık ve bakım personelinin eğitimi ve profesyonelleşmesi ile değerlendirme, tedavi ve iletişim yeterliliğini içermektedir. Bu boyut etkililiğin destekleyici unsuru olarak belirtilmektedir.
3. **Güvenlik**, bakım hizmeti alan ve çalışanların güvenliği olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Güvenlik, bakım süreçlerinde bireyi koruma ve iyileştirmede istenmeyen sonuçlar ve yaralanmalardan kaçınmak olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik boyutunun, etkililik ile yakın ilişkili olarak, bakım hizmeti sürecinde istenmeyerek yapılan olaylardan korunma olduğuna vurgu yapılmaktadır.
4. **Koordinasyon**, bakım kalitesi politika belirleyicileri ile uygulayıcılar arasında koordinasyonun sağlanmasıdır. Koordinasyon, amaçların birleştirilmesi ile tarif edilmiş ve üç boyuttan söz edilmiştir:

- a) **Zamanında**, birçok ülkede bu boyut acil bakım hizmetlerini ifade etmektedir. Aynı zamanda bakımın zamanında alınması, USB hizmetleri sistemi içinde bakım modellerinin bir bütün içinde sağlanmasıdır.
- b) **Devamlılık**, sağlık bakımı ile kurumsal ve diğer bakım modellerinin zamanında ve devam eden uygulanmalardır.
- c) **Entegrasyon**, bu boyut birincil/ikincil bakım ve sağlık/sosyal bakım arasında hizmet geçiş akışı olarak algılanmıştır. Genellikle entegrasyona ait kalite göstergeleri her bir bakım hizmeti modelinin birlikte çalıştığına dair göstergeleri işaret etmektedir (ANCIEN, 2012).

USB hizmetlerinde yukarıda söz edilen kalite kavramların yanısıra literatürde başka kavramlara da rastlanılmıştır. Bunlardan biri sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren Donabedian'a göre 'hakkaniyet' kavramıdır. Donabedian bu kavramı 'kabul edilebilirlik' kavramı içinde ele almış, bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlamıştır. Maxwell ise hakkaniyet kavramının yanında erişebilirlik boyutunu ele almış ve bu kavramı, insanların ihtiyaç duyduğu tedaviye/hizmete engel olmadan (uzaklık, ödeme güçlüğü, bekleme süreleri vb.) alabilmesi olarak tanımlanmıştır (Kaya, 2005). Bir diğeri ise 'mahremiyet' kavramıdır. Bu kavramla dokunulması ve ihlal edilmesi yasak olan şeyler için kullanılmakta ve gizlilik, dokunulmazlık, sır alanı vb. gibi kişinin kendisine ait olan ve üçüncü kişilerle paylaşılmayan her şey olarak tanımlanmıştır. Mahremiyet, özel hayatın gizliliği anlamına gelmekle birlikte üçüncü kişilerin bilmemesi gereken tüm kişilik haklarının saklı tutulması olarak ifade edilmiştir (Sadan, 2001). USB hizmetlerinde kaliteyi tanımlayan kavramların dışında kalite göstergeleri ve yaşam kalitesi sıklıkla ele alınmıştır. Bu terimler ve kalite göstergeleri, bakım hizmetleri kalite standartlarının ayrılmaz parçaları olarak görülmüştür.

1.4.2. Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri

Geleneksel kalite yaklaşımlarına göre yapısal girdi, süreç ve sonuç kalitesi ayrımından yola çıkarak göstergeler 'süreç' ve 'sonuç' arasında kesişmektedir. Bu nedenle, bu ikisini

ayırt etmenin yararlı olacağı düşünülmüştür (Zimmerman ve diğerleri, 1995). Bu göstergeler;

1. Süreç göstergeleri, bakımın içeriği, eylemleri ve prosedürleri ile hizmet veren ve hizmet alan arasında devam eden faaliyetler,
2. Sonuç göstergeleri ise uygulama süreçlerinin sonuçlarını temsil edenler olarak tanımlanmıştır.

USB hizmetlerinde kalite belirleme çalışmaları, önceleri sağlık durumunun değişimi üzerine sonuç göstergelerine yoğunlaşmıştır (Zimmerman ve diğerleri, 1995). USB hizmetleri üzerine yapılan çalışmalarla, kullanılan göstergeler genişlemiştir. Seçilen göstergeler, bir bakımevinin çeşitli alanlarından elde ettiği sonuçların derecesini doğrulayabilmiştir. USB kalite göstergeleri yaşam kalitesi, bakım kalitesi ve liderlik kalitesine odaklanmıştır. Kalite göstergeleri listesi aynı zamanda hizmetten yararlananların, personelin ve idarenin farklı perspektiflerini, toplumsal uzantıları (satın alanlar, aile üyeleri ve diğer dış paydaşlar) da göz önünde bulundurmıştır. Kalite göstergeleri; standartları tanımlaması, başarı-başarısızlıkları görünür kılması, fırsatları değerlendirmesi ve önlemleri geliştirilmesi için gösterilen çabaları daha şeffaf hâle getirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu yaklaşım gelişmek, iyileşmek, düzelmek ve ilerlemek için farklı paydaşları desteklemiştir (ANCIEN, 2012). Sonuç odaklı göstergelerin seçimi için, aşağıdaki koşulların yerine getirilmesi gerektiği kabul edilmiştir:

1. **Değişime gidebilme yeteneği** gösterge setleri, bakımevlerinde çalışan, ziyaret eden ve yaşayan paydaşların iyileşme hedefleri için kullanılmaktadır.
2. **Güvenilirlik / Geçerlik / Şeffaflık** göstergeleri, hizmet alanların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine yönelik şüpheleri ortadan kaldıracak deliller olarak tarif edilmektedir.
3. **Mümkün olabilme** göstergeleri, zaman, finansal kaynaklar ve etik değerleri içeren bilgileri içermektedir.
4. **Genel kullanılabilirlik** sonuç odaklı göstergeler, hem bakım evlerinin tümünde uygulanabilir olması hem de ülkeler arasında siyasi, kültürel ve yapısal farklılıklara rağmen uygulanmasına olanak vermektedir.

5. Nicel hale getirme kalitatif bilgilere dayalı göstergeler ise kıyaslama sürecini kolaylaştırmak ve ilerlemeyi değerlendirmek için sayısallaştırabilmektedir (Hoffmann ve Leichsenring, 2011) .

Sonuç odaklı göstergelerde en fazla kullanılanı, klinik kaliteye ait göstergeler olmuştur. Klinik kalite göstergeleri, hizmet verenlerin ve idarenin kaliteye ilişkin problemleri tanımlamalarında, bakım hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesinde, olumsuz olayların ortaya çıkmasında yardımcı olmuştur. Ülke deneyimleri ve araştırma projeleri, kalite göstergeleri etrafında yakınlaşmayı gerçekleştirmiştir. Örneğin OECD, yaptığı çalışmada bakım hizmetlerinde etkililik ve güvenliğe ait göstergeleri (altı kalite göstergesi);

1. Bası ülserlerinin prevalansı,
2. Düşme ve düşmeye bağlı kırıkların görülme sıklığı,
3. Fiziksel kısıtlamanın kullanımı insidansı,
4. İlaç ve ilaç hataları görülme sıklığı,
5. Planlanmamış kilo kaybının prevelansı,
6. Depresyon görülme sıklığı olarak belirlemiştir (OECD, 2013).

1.4.3. Uzun Süreli Bakım ve Yaşam Kalitesi

OECD'ye göre tanımlanması zor olsa da, “yaşam kalitesi” kavramı, hem nesnel hem de öznel boyutları ile yakalanabilir olduğu görüşü bulunmaktadır. Buna bağlı olarak, bakım hizmeti alanların hem fiziksel, zihinsel, duygusal hem de sosyal potansiyelleri ile en yüksek yaşama yeteneklerini ortaya çıkarılabileceği vurgulanmıştır. Bakım hizmeti alanların yaşam kalitesi; bireyin seçimine saygılı, özerk, onurlu yaşamın sağlanması yanısıra bireysellik, rahatlık, esenlik, güvenlik, ilişkiler ve anlamlı sosyal aktiviteler gibi ‘somut olmayan’ faktörleri yakalaması da amaçlanmıştır. Dolayısıyla, bakım kalitesinde cevap verilebilirlik ve bakım hizmetinin koordinasyonu soyut olan yaşam kalitesine katkıda bulunduğu veya belirleyici olduğu görülmüştür (OECD, 2013). DSÖ’ ye göre yaşam kalitesi, kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, yaşam ve ilgi alanları ile ilişkili olarak yaşamdaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu,

bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresinin belirgin özellikleri ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008).

Bakım alanların yaşam kalitesinin ölçülmesi, sağlık hizmetlerinin ve bakım hizmetlerinin etkinliğinin ve güvenliğinin klinik yönlerinden değerlendirilmesinden daha az gelişmiştir. Nitekim klinik bakım kalitesi göstergelerini (geçerlik, güvenilirlik, karşılaştırılabilirlik ve uygunluk gibi) elde ederken karşılaşılan zorluklar olarak öznel görüş ve nesnel değerlendirme arasındaki ayrımın bazen zorlaştığı, belirli göstergeler etrafında fikir birliğine varılmasını güçleştirmektedir. Bakım kalitesini ölçme yöntemlerinin birçoğunda hareket noktası olarak medikal yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunun yerine öznel boyut olarak bakım hizmeti alanların kendi kendine doğrudan kalite ölçmesi yönünde geliştirilmesi gerektiğine dair bir görüş birliği oluşmuştur. Bunun bile USB hizmet kalitesinin önemli yönleri eksik kalacak şekilde ölçümlendiği için riskli olduğu düşünülmektedir. Bakımın karmaşık yapısına bakıldığında, en umut verici yaklaşımın, hem klinik hem de kullanıcı deneyimlerini birleştiren eklektik bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (OECD, 2013).

Bakımda kalitenin ölçülmesinde objektif boyut olarak, bireyin yaşamdaki durumunun uygun “nesnel” göstergeleriyle ölçülmesi düşünülmüştür. Bu göstergeler; sosyo-ekonomik durum, ev ve çevresi, sosyal ilişkiler, sosyal destek ve aynı zamanda kamusal yaşama katılım derecesi olarak belirlenmiştir. Öznel boyutunda odak noktasının, bireysel olarak algılanmış yaşam kalitesinin, sadece ilgili yaşam alanlarını değil, aynı zamanda, “özgürlük”, “adalet” ya da bireyin deneyimlediği “özerklik” derecesi gibi soyut ortak değerleri de içerdiği belirlenmiştir. Ayrıca “onur”, “mahremiyet” veya “emniyet” gibi diğer maddi olmayan bileşenlerin önemi vurgulanmıştır (Hoffmann ve Leichsenring, 2011). Bu genel kavramsallaştırma ile öznel ve nesnel unsurlar arasındaki ayrım konusunda az da olsa evrensel bir mutabakata varılmıştır. Bununla birlikte, öznel yaşam kalitesinin ölçülmesine ilişkin yaklaşımlar ve yöntemler konusunda farklı görüşler oluşmuştur. Örneğin “memnuniyet” kavramsal bileşeni ile “mutluluk” duygusal bileşeni arasında bir ayrım yapılmıştır (Lawton, 1984). Lawton'u takip eden kavramsallaştırmaya ilişkin diğer yaklaşımda ise öznel yaşam kalitesinin;

- ✓ Olumsuz duygusal faktör,
 - ✓ Olumlu duygusal faktör,
 - ✓ Mutluluk, pozitif duyguların uzun vadeli olarak var olduğuna inanılması,
 - ✓ Kişinin, kişisel hedeflerine ulaşma ihtimali
- olmak üzere dört yönü olduğu belirtilmiştir (ANCIEN, 2012).

Yukarıda açıklanan yaklaşımlara göre bireyin yaşam kalitesi ile kaliteli bakım alma arasında pozitif bir korelasyon olduğu varsayılmıştır. Bu konuyla ilgili mevcut araştırma sonuçlarının yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Yaşam kalitesi ile kaliteli bakım hizmeti vermenin hangi yönlerinin ilişkili olduğu araştırmalarına bakıldığında tutarsız bir tablo ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalar bakım verme kalitesiyle yaşam kalitesi arasında bir bağlantı göstermiştir ancak yaşam kalitesi araştırması tekdüze bir araştırma geleneği oluşmamıştır. Bu nedenle, bu bağlamda kullanılan “yaşam kalitesi”, “memnuniyet” veya “refah” terimlerinin çeşitli araştırma dalları tarafından ele alındığı, ancak genel olarak kavramsal bir anlayışla bütünleştirilemediği görülmektedir (Challinger ve diğerleri, 1996).

Yaşam kalitesini ölçmede yaşanan zorluklara rağmen farklı meta-analizlerle, sekiz çekirdekli yaşam kalitesi (QoL) temel alanı ve alanların her biri için gösterge belirlenmiştir. Bu kavramsallaştırmanın, genel alanların ölçülebilir hâle getirilmesine ve hizmet alanların genel durumu hakkında özel soruları formüle etmeye yardımcı olabileceği vurgulanmıştır (Schalock, 2006). Bu alanlar:

1. Duygusal Esenlik

- ✓ Anlam (memnuniyet, ruh hâli, keyif alma)
- ✓ Öz benlik kavramı (kimlik, benlik değeri, benlik saygısı)
- ✓ Stres eksikliği (öngörülebilirlik ve kontrol)

2. Kişilerarası İlişkiler

- ✓ Etkileşimler (sosyal ağlar, sosyal iletişim)
- ✓ Kişisel bağlantılar (aile, arkadaşlar, akranlar)
- ✓ Destekler (duygusal, fiziksel, finansal, geribildirim)

3. Maddi İyilik Hâli

- ✓ Mali durum (gelir, menfaat)

- ✓ Konut (konut tipi, mülkiyet durumu)
4. Fiziksel İyi Olma
 - ✓ Sağlık (semptomların kontrolü, fiziksel aktivite, beslenme)
 - ✓ Günlük yaşam aktiviteleri (öz bakım becerileri, hareketlilik)
 - ✓ Eğlence (rekreasyonel, hobiler)
 5. Kişisel Gelişim
 - ✓ Kişisel yeterlilik (bilişsel, sosyal, pratik)
 - ✓ Performans (başarı, verimlilik)
 6. Kendini Bilme
 - ✓ Özerklik / kişisel kontrol (bağımsızlık)
 - ✓ Hedefler ve kişisel değerler (arzular, beklentiler)
 - ✓ Seçimler (fırsatlar, seçenekler, tercihler)
 7. Toplumsal İçerme
 - ✓ Topluma entegrasyonu ve katılımı
 - ✓ Sosyal destekler (destek ağı, hizmetler)
 8. Haklar
 - ✓ İnsani haklar (saygı, onur, eşitlik)
 - ✓ Yasal haklar (vatandaşlık, erişim, gerekçeli işlem)

Yaşlı insanların, bakım evlerinde yaşam kalitesinin korunmasını istediği belirtilmiştir. Yaşam kalitesi ile refah teriminin yakından ilişkili olduğu, dolayısıyla yaşam kalitesi kavramının “daha fazla” olmaktan ziyade “daha iyi” vurgusu ile eşzamanlı olarak incelenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu vurgu hem fiziksel hem de maddi olmayan, nesnel ve öznel, bireysel ve ortak refah düzeylerini içeren karmaşık, çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmıştır. 1970'lerden beri, refah araştırması giderek “öznel iyi olma” olarak bilinen öznel boyut yönüne odaklanmıştır. Bu araştırma kolunun psikolojik olarak sağlık araştırmalarında refah ve yaşam kalitesinin öznel yönleri için büyük önem taşıdığı ortaya konmuştur. Demanslı yaşlı insanlar da dâhil olmak üzere çok ileri bir yaş için yaşam kalitesiyle ilgili araştırmaların hâlen çok temelsiz olduğu iddia edilmiştir (OECD, 2013).

1.5. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YATAY VE DİKEY KOORDİNASYON

USB hizmetlerinde kaliteli ile hizmetlerin koordinasyon arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Özellikle sağlık ve bakım yanısıra rehabilitasyon hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması farklı boyutlarda koordinasyonu gerekli kılmaktadır. Bakım hizmetine ihtiyaç duyanların hizmete erişiminde yöneticilerin koordinasyonu sağlama sorumluluğu bulunmaktadır.

Özellikle modern toplumda, sağlık ve sosyal bakım kurumları önemli bir paradoksla uğraşmak zorunda kalmıştır. Enfeksiyöz hastalıkların azalması ve beslenmede iyileşme gibi sağlıkta yaşanan önemli değişimler, hastalığa sahip kişinin daha uzun yaşamasını sağlamıştır. Diğer yandan kronik hastalıklara sahip kişilerin artmasına da neden olmuştur. Aile büyüklüğünün azalması, artan kişisel hareketlilik ve yükselen boşanma oranları gibi diğer sosyal değişimler ise yaşlı insanlar için sosyal destek seviyesinin düştüğünü göstermektedir. Bu koşullarda, USB hizmetlerinde sağlık ve sosyal ihtiyaçları gidermek için dikey boyutta hizmetlerin arasında geçişi sağlamak ve yatay boyutta kurumların bu hizmeti vermek için ihtiyaç duyduğu koordinasyon/entegrasyon bir seçenek değil zorunluluk olarak karşımıza çıkarmaktadır. Kurumsal bakımdan ziyade evde bakım ve rehabilitasyon alanındaki gelişmelerin avantajı, hizmetlerin koordinasyonun sağlanması ile düşük maliyetli ve hem bakım alanlarının hem de bakıcıların tercihlerine uygun hizmetin verilmesine olanak sağlamasıdır (Andy ve Billings, 2003).

USB hizmetlerinin yatay boyutta sağlık ve bakım hizmetleri ile ilişkili olarak koordinasyonunun sağlanması, dikey boyutta ise kurumsal ve evde bakım modelleri arasında geçişin sağlanması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu hizmetlerin bütüncül bakış açısıyla verilmesi aynı zamanda bireysel farklılıklarında gözetmesi beklenmektedir.

Bütünleştirilmiş hizmet anlayışında temel yaklaşım sosyal hizmetler ile sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun sağlanması olarak tanımlanmıştır. Sosyal hizmetlerin sağlık perspektifi ile ele alınması veya sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetler

sınırı içinde kalmasına ait sorunlar sıklıkla dile getirilmiştir. Burada bahsedilen sorunları çözmek için farklı birimlerden komplike hizmetleri alan yaşlılar için bir yaşlı danışmanı sisteminin işlevsel olması gerektiği ifade edilmiştir. USB sisteminde, yaşlının ihtiyacının “ilk durak” veya “tek durak” adı verilen modelleme ile önce genel bir değerlendirmeye tabi tutulması ve sonrasında ise ilgili birimler tarafından verilen hizmetlerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve bakım hizmeti verenlere geri bildirimde bulunması önerilmektedir (Leichsenring, 2004). Bütünleştirilmiş hizmet sağlık ve sosyal alanda ihtiyaç duyulan hizmetleri bir araya getirme çalışmalarıdır. USB hizmetleri kapsamında giderek önem kazanan bütünleştirilmiş bakım; bireyin ihtiyacına bağlı olarak tedavi, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerini bir araya getirmek amacındadır.

USB kapsamında tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin koordinasyonu için ekip çalışması ve örgütsel işbirliğinin teşvik edilmesi, iş profilleri ve personel politikası ile yakından bağlantılı gelişmektedir. Farklı profesyonel gruplar arasındaki koordinasyon ve çok disiplinli ekip çalışması meselesidir. USB sisteminde birçok farklı meslek grubu istihdam edilmektedir. Bu nedenle, multidisipliner ekip çalışması bakım kalitesinin anahtarı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, her meslek grubunun kendi eğitimi, sorumlulukları ve müdahale şekilleri bulunmaktadır. USB alanında çalışmanın bir parçası olarak görülen bakım alanındaki uzmanları, kendi mesleği dışındaki profesyonel gruplarla işbirliğinin değerini kabul etmiş ancak mevcut organizasyon yapısı içinde birtakım zorlukları ve sürtüşmelerin de var olduğu vurgulanmıştır. Bunlar arasında profesyonellerin farklı görüşleri, hiyerarşik güç yapılarından kaynaklanan çatışmalar ile sağlık ve sosyal bakıma ilişkin yeterliliklerin önceliğinin farklı algılanması yer almaktadır (Schulmann, Gasior, Fuchs, ve Leichsenring, 2016).

USB sisteminde bakım verenlerin dışında farklı disiplinlerden (doktorlar, geriatristler, hemşireler, eczacılar, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler, fizyoterapistler, psikologlar, mesleki terapistler, konuşma dili terapistleri, solunum terapistleri, vaka yöneticileri, hekim asistanları vb.) oluşmaktadır (Ökem, 2014). Amaç bakımın, farklı meslek gruplarının sorumluluklarına göre değil, bireyin ihtiyaçlarıyla uyumlu, bireye

özel hale getirilmesidir. Bu yaklaşım, daha az hiyerarşik ve birleştirilmiş bir bakım organizasyonunu gerektirmektedir ((Schulmann, Gasior, Fuchs, ve Leichsenring, 2016). Multidisipliner ekip anlayışı ile bakım hizmetini bireyi odak alarak bireye özgü oluşturabilmek için vaka yönetimi yaklaşımı geliştirilmiştir.

USB hizmetlerinin faydalarından yararlanmak için kişi odaklı-bireye özel hizmetin verilmesi için vaka yönetimi yaklaşımına ihtiyaç duyulmuştur. Vaka yönetimi; bireylerin sağlık ve bakım gereksinimlerinin tanılandığı, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistem olarak karşımıza çıkmıştır. Vaka yönetimi kavramının anahtar noktası sağlık ve bakım hizmetlerin koordinasyonu olarak tanımlanmıştır. Burada temel amaç yüksek kaliteli ve maliyet etkili sonuçların elde edilmesi için eldeki kaynakların etkin kullanılmasıdır. Vaka yönetiminde belirtilen kaliteli ve sürekli bakıma ulaşabilmek için multidisipliner ekip üyeleri tarafından klinik rehberler, klinik yollar ve bakım protokolleri gibi araçlar kullanılır. Bakım protokolü, vaka yönetiminin önemli bir bileşeni olarak nitelendirilmiştir. Vaka yönetiminin etkinliğinin bakım protokolü kullanılarak yükseltilebildiği görülmüştür. Bakım protokolü; önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde göstererek yapılanmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracı olarak tanımlanmıştır (Özçelik, Fadıoğlu ve diğerleri2014).

Vaka yönetimi ile bakıma ilişkin sonuçları değerlendirerek, bireyin yaşam kalitesini ölçen ölçeklere dayalı olarak izlenmesi sağlanmalıdır. Bu görevi üstlenen kişilerde vaka yöneticisi denmektedir. Son zamanlarda hastane taburculuğu sonrasında vaka yöneticileri bakım protokolüne göre yönlendirme yapabilmektedir. Bu hizmet henüz yaygın değildir.

1.6. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ KALİTE ÇALIŞMALARI

Dünyanın karşı karşıya kaldığı hızla yaşlanan nüfus nedeniyle uluslararası kuruluşlar kaliteli bakım konusunda uzun projeksiyonlu kararlar almak ve çalışmalar yapmak

durumunda kalmışlardır. Bu çerçevede kaliteli bakım konusunda çalışmalar, yaşlanma alanında uluslararası yapılandırılan “Yaşlanma Çalışma Grupları” tarafından çalışılmıştır. Dünyada USB hizmetlerinde kalite boyutlarının tanımlanmasında yapılan bu çalışmalar hâlen devam etmektedir. USB hizmetlerinde en son kaliteli bakıma ilişkin çalışmaları DSÖ’nün yanısıra OECD, BM, Avrupa Konseyi geliştirmiştir.

1.6.1. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü Kalite Çalışmaları

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından “Sağlık Politikaları Çalışmaları” kapsamında yürütülen “Uzun Süreli Bakımda Kalitenin İzlenmesi ve Geliştirilmesi -Yaşlılıkta İyi Bir Yaşam” (*A good Life in Old Age?Monitoring and Improving Quality in Long Term Care*) yayını 2013 yılında tamamlanmıştır. Yaşlanan toplumların, giderek artan sayıdaki “kırılgan yaşlıların” bakım ihtiyaçlarının artması nedeniyle kaliteli bakım hizmeti sunma çalışmaları önem kazanmıştır. Bu nedenle bireylerin ihtiyaçlara duyarlı, etkili ve güvenli bakım hizmetleri alabilmeleri hükümetler için bir öncelik hâline gelmiştir. Bu yayında, USB hizmetlerinin kalitesini kanıta dayalı ölçmek, iyileştirmek ve OECD üye ülkelerin USB hizmetlerinin kalitesini artırmak için politika belirleyicilere, hizmet sağlayıcılara ve uzmanlara, deneyimlere dayalı öneriler geliştirmek hedeflenmiştir.

OECD aday ülke ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin performansına ilişkin “Sağlık 2015 - Popülasyonların Sağlık Durumu” (*Multilingual Summaries Health at a Glance 2015*) raporunda, ülke karşılaştırmaları yapılmıştır. Bu raporda, ülkelerin sağlık çıktıları ve sağlık sistemleri üzerine incelemenin yanısıra USB hizmetleri de ele alınmıştır (OECD, 2015 a). Bu çalışmada varılan sonuçlar:

1. Yeni ilaçların farmasötik harcamalarının artacağı,
2. Yaşam beklentisindeki artışın devam edeceği, ancak ülkeler arasında ve sosyal demografik gruplar arasında yaygın farkların olacağı,
3. Cepten harcamaların **bakım hizmetlerine erişimde engel teşkil** edeceği,
4. **Bakım kalitesi yeterince hızlı gelişmediğinden** dolayı birçok hayatın hâlâ kaybedilme riskinin olduğudur.

Çoğu OECD üye ülkelerde tanı ve tedavinin erken yapılması nedeniyle birçok kanser çeşidinden sağlığa kavuşma oranları artmıştır. Örneğin, meme kanseri ve kolorektal

kanser için göreceli beş yıllık sağ kalım, on yıl sonra teşhis konulan insanlarda ortalama olarak yaklaşık %55 artmıştır (2008-13). Yine de, Şili, Polonya ve Birleşik Krallık gibi birçok ülke, farklı kanser türleri için tanılama sonrası hayatta kalma süresinde iyi performansları ortaya koymuştur. Kanser hastalığının bu dönemleri için **kaliteli bakımın önemli** olduğu belirtilmiştir (OECD, 2015 b).

OECD ve AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinin gelişimi için USB hizmetlerinde gelişiminin desteklenmesi gerekmektedir. USB hizmetlerinde kaliteyi korumak ve kontrol altına almak için en yaygın politika yaklaşımı, kabul edilebilir minimum standartları belirleyerek girdileri (emek, altyapı) kontrol etmek üzerine odaklanmaktadır. OECD ülkelerinin üçte ikisinde, geri ödeme şartı veya ortak uygulama için kuruluşların belgelenmesi veya akreditasyon zorunlu tutulmaktadır. Evde bakım hizmeti veren Avustralya, Japonya, Almanya, Portekiz, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Fransa'nın bakım kalite akreditasyon sistemleri bulunmaktadır. Bu akreditasyon sistemleri yaşam kalitesi için bireysel tercih ve insan onuru en önemli kalite boyutları olarak ele almaktadır. Ayrıca ombusmanlıktan erişkin vesayet sistemlerine, şikâyet mekanizmalarına ve yaşlı istismarına engel olmak için tasarlanmış özellikli düzenleyici koruma mekanizmaları vardır. Ancak düzenlemelere rağmen, uyum ve uygulama yeteri kadar güçlü değildir. Para cezalarının etkinliği, uyarılar ve kapatma tehdidiyle ilgili hâlâ sorunlar bulunmaktadır. Uygulamanın standardizasyonu ve bakım kalitesini arzulanan seviyeye doğru ilerletmek için daha etkili çözümler bulmanın yolları arandığı ifade edilmektedir (OECD, 2013).

OECD ülkelerinin USB hizmeti alanların engellilik düzeylerini ölçmek ve yardımların uygunluğunu belirlemek için kapsamlı bakım ihtiyaçları değerlendirmesini kullanılmaktadır. Artan sayıda OECD ve AB ülkesinin, bakım kararlarını ve kaynak dağılımını yönlendirmek, kalite göstergeleri geliştirmek için standart araçlar ve ölçekler bulunmaktadır. OECD ülkelerinde USB çalışanlarının nispeten düşük nitelikte olması, daha az akran öğrenme imkânı, kırılğan yaşlıların karmaşık koşullarına cevap verme yönergelerinin eksikliği ve sıklıkla gelişmiş klinik kılavuzların bakıma uyarılama zorluğu nedeniyle, standartlar yaygın olarak kabul edilmemiştir. Kırılğan yaşlıların çoklu ve karmaşık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için Kanada, Fransa, İsveç ve

Almanya'da demans bakımı gibi özel hastalıklar konusunda klinik yönergeler bulunmaktadır (OECD, 2015 a).

USB hizmetleri kalitesini ölçmenin gerekliliği konusundaki önemli akademik tartışmaların bulunmasına rağmen, pratikte pek az OECD ülkesinin kaliteyi ölçmeyi de içeren USB hizmetleri bilgi sistemlerine sahip olduğu belirtilmiştir. Ülkelerin çoğu, ulusal seviyede veri toplama konusunda bir uzlaşmaya henüz ulaşmamıştır. Bu koşullarda, “Hangi göstergeler için veri toplanmalı ve düzenli olarak raporlanmalıdır?” sorusu gündeme gelmiştir. Doğal olarak bu konuya ilginin yetersizliğinin nedeni, güvenilir kaynaklardan sistematik veri toplamada eksikliklerin olduğudur. Diğer nedenler ise bakım hizmeti almak isteyen bireylerin ihtiyaçlarını giderme ve faydalanma haklarına karar vermede değerlendirme aracı olarak kaliteye ilişkin enstrümanlar kullanılmamasıdır. Ancak çok azında ulusal seviyede temsil niteliğinde kalite göstergeleri bulunmaktadır. USB hizmeti veren kuruluşlar düzeyinde, birçok bakımevinde bakım hizmetlerinden yararlananlara ait bilgilerin kaydedilmesi ve USB yöneticilerine yararlı bilgiler sağlanması gerekliliğinin farkındadır. Benzer şekilde, birkaç OECD ülkesinde kaliteli bakım hizmetleri kapsamında güvenlik ve bakımın etkinliğini belirlemek, bakım hizmeti alanların klinik kayıtlarının (örn. düşme, kısıtlama, ilaç kullanımı vb.) düzenli izlenmek ve önlemleri geliştirmek mümkün olmaktadır. Dolayısıyla USB hizmetleri kapsamında kaliteli bakımı izlemek amacıyla henüz kullanılmamış olan “USB datalarından” yararlanılması gerekliliği vurgulanmıştır (OECD, 2015 a).

OECD verilerine göre üye ülkeleri; USB kuruluşlarının kalite standartlarını sağlaması için yaygın olarak sertifika ve akreditasyon sistemleri kullanıldığı belirtilmiştir. Neredeyse tüm OECD ülkeleri bakım kuruluşlarının lisans alma veya ruhsatlandırılma gerekliliği bulunmaktadır. Genel olarak, ruhsatlandırmanın, bakım evlerinin güvensiz veya düşük performans koşullarında faaliyette bulunma riskini azaltmak için asgari gereklilikler belirlenmiştir.

OECD'nin 27 ülkesinde in üçte ikisinden fazlasında yapılan ve 2013 yılında yayınlanan “Uzun Süreli Bakımda Kalitenin İzlenmesi ve Geliştirilmesi -Yaşlılıkta İyi Bir Yaşam”

çalışmasında, bakım kuruluşlarının geri ödeme ile ilişkili akreditasyonu veya sertifikalandırılması ile (örn. İngiltere, İspanya, İrlanda ve Fransa) veya sözleşme şartına bağlı olarak zorunlu (ör. Avustralya Almanya, İspanya, İrlanda, İngiltere, Portekiz ve ABD) veya gönüllü (ör. İsviçre) olarak kalite standartları uygulamaları bulunmaktadır. Bu ülkelerin tümünde, USB kuruluşu kamu tarafından finanse edilerek akredite edilmiş veya sertifikalandırılmıştır. Bu gibi gereklilikleri olmayan diğer ülkelerde, USB hizmeti veren kuruluşların kalite akreditasyon veya sertifikasyon uygulamasında güçlük çekildiği belirlenmiştir (OECD, 2013).

1.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Kalite Çalışmaları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2003 yılında yayınladığı “Uzun Süreli Bakımda Temel Politika Konuları” (*Key Policy Issues In Long-Term Care*) raporunda ülkeler, bakım ihtiyacında olan yaşlı birey ve ailelerin yararlanacağı bakım modelleri, nerede ve kim tarafından bakım hizmeti alacağı (formel ve enformel), bakım hizmetinin kalitesi hakkında bilgi, bakımın maddi ve manevi “maliyet”i konusunda görüş ve tercihlerini iletme fırsatı yaratılması gerekliliğini vurgulamıştır. Bazı otoriteler tarafından, USB hizmetlerinin toplumsal ve kamusal olarak yeniden düzenlenebileceği, bunun ihmal edilmesinde ise sosyal ve ekonomik maliyetlere yol açacağı ileri sürülmektedir. USB hizmetleri politikaları geliştiren ülkelerin bu konulara dikkat etmesi gerektiği ifade edilmektedir (WHO, 2003). DSÖ, mevcut USB politikalarını analiz ederek, bakım hizmetleri kalitesine ilişkin:

1. Hakların niteliği,
 2. Devlet ve aile sorumluluğu paylaşımı,
 3. Hizmet sunum stratejileri,
 4. Finansman stratejileri,
 5. İnsan kaynakları stratejileri,
 6. Entegre veya koordineli bakım hizmet stratejileri,
 7. Hükümetin, sivil toplum örgütlerinin ve kar amacı gütmeyen kuruluşların USB hizmetlerin desteği,
 8. Gönüllülerin rollerinin
- gibi kilit faktörleri sıralamaktadır (WHO, 2003).

DSÖ, bakımın temelde ciddi kronik sağlık sorunları olan kişilere yönelik bir sosyal hizmet olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle, bakım ihtiyacında olanların destekleyici bakım hizmetleri yanında eşgüdümlü olarak aktif tıbbi bakıma ihtiyaç duyacakları ifade edilmiştir. Bu bakış açısıyla, kaliteli bakımı tanımlayan kavramlar ve göstergeler olarak “**kronik bakım paradigması**” olarak isimlendirilen kalite boyutları /kavramlarını sıralamıştır:

Zamanlama (time) boyutunda; akut ve kronik bakım arasındaki farkın zamanın rolü olduğu vurgulanmıştır. Kronik bakımın, zamanla çalıştığı yani tedavinin uzun bir zaman aralığında olduğu belirtilmiştir. Örneğin, geriatri alanında, kapsamlı bir geriatrik değerlendirme ve hastalık yönetimin, hem akut olarak hastanelerin hem de bakım evlerinin kullanılmasını azaltmada etkili olduğunu gösteren geniş bir literatür bulunmaktadır (Stuck ve diğerleri, 1993). Zaman boyutunda içindeki bu süreç, bakımın devamlılığı için bir değer olduğu ve ancak bu yararın nadiren ampirik olarak belirlendiği ifade edilmiştir (Wasson ve diğerleri, 1984). Bakımın uzmanlık gerektiren yönlerine ve uygulama alanlarına göre boyutlandırılması yapılmıştır (Manian ve Ark.). Bu boyutlara göre kronik bakımın aynı zamanda bakım hedeflerinin yeniden tanımlanmasında, bakım merkezlerinin hastalık odak noktasından uzaklaşmasında etkin olmuştur. Aynı zamanda kronik hastalıklarda bakım hizmetlerinde rehabilitasyon hizmetlerinden ayrılmaması gerektiği “DSÖ Rehabilitasyon-2030” hedeflerinde de ele alınmıştır (WHO, 2017).

Hedef belirleme (Goals) boyutunda; kronik bakım hedefleri yeniden belirlenmiştir. Engellilik durumunda hastalığın odak noktasının değişmesi, hastalıkların iyileşmesi muhtemel olmadığında vurgu, bireylerin yaşam kaliteleri etkilerine yönelmiştir (Reiser, 1993). Bu boyutta, hekimlerin bakım hizmetlerinde geçici figürler olduğu, bakım hizmeti verenlerin hizmet alanlarla birlikte hastalığa ilişkin gözlem ve reaksiyonları izlemede ve sağlığın yönetiminde etkili olduğu görülmüştür (Loring ve diğerleri, 1999). Bakım verenin bu aktif rolü, reçeteler ve yönlendirmelere uyumlu olarak durum değişikliklerine cevap vermede ve iyileşme için tek bir stratejiye bağlı olmadan hareket etmede ortaya çıkmaktadır (Roter ve diğerleri, 1998).

Karar verme (*Decision-making*) boyutunda bakım alanların bakıma ilişkin karar almada aktif bir rol oynamaları için iyi derecede bilgilenmeye ihtiyaç bulunduğu vurgu yapılmıştır. Bu noktada zorluk, bakıma ilişkin oluşturulan basit bilgilendirme listelerinde tıbbi bilginin sınırlı olması, kısıtlı tıbbi uygulamaların yer alması ve çoğu kronik hastalığın bilgi tabanında yer almamasıdır. Bu konuda cesaret verici güncel yaklaşımlar ise bakım hizmeti alanlara çeşitli koşullara ilişkin alternatif tedavilerin riskleri/yararları hakkında tarafsız dengeli bilgilerin verilmesi, tedavilerin hangisinin en uygun olduğunu netleştiren, dikkatle yapılandırılmış bir teknikte paylaşılan karar verme programlarının geliştirilmesidir. Bu programlar doktor-hasta iletişimi yerine geçmek için değil ama bakım hizmeti alanı destekleme amaçlı olarak tasarlanmıştır (Kasper ve diğerleri, 1992). Özellikle hastane sonrası bakımında en uygun yöntemin ve bu yöntemi en iyi uygulayana erişiminin önemlidir (Potthoff ve diğerleri, 1998). Bakıma ilişkin önemli kararlar almada seçenekleri belirlenmesi, duygu ve tercihleri keşfetmek için çok az zaman harcanması nedeniyle bu işler büyük bir zaman baskısı altında yapılmaktadır.

Bakımın planlamasında ve uygulanmasında bakım alanlar/yakınların daha büyük tüketici rolü alması bakım hizmetine ilişkin sonuçların sorumluluğunda bir değişime işaret etmektedir. Bu düzenlemeye göre meslek mensuplarının sorumluluklarının derecesi önemli bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır; “İstenmeyen sonuçlar geliştiğinde kim hesap verebilir?”. Ancak USB hizmeti alanların başarısızlık durumunda, onları eşit derecede suçlamak haksızlık gibi görünse de bakım hizmeti verenler için hesap verebilirlik zincirinin, tek bir durumda değil, hasta gruplarının ortalama performansı ile tespit edilmesi öngörülmektedir. USB hizmeti alanların büyük bir kısmında özellikle mental sorunlarda (hastalık-bozukluk-gerilik) kendi bakımlarını belirlemede aktif bir rol alma konusunda oldukça sınırlı kalmaları, bu nedenle ücretli ve ücretsiz olarak bakım verenlere güvenmek durumunda olmalarına dikkat çekilmektedir (WHO, 2003).

Risk Yönetimi (*Managed risk*) boyutunda; bakım hizmetlerinde “yönetilen risk” olarak adlandırılan paradigma, “destekli yaşam” (assisted living) gibi yenilikçi yaklaşımları ortaya çıkarmıştır. Bu düzenleme uyarınca, evde bakım ya da kurumsal bakım (daha az klinik denetime sahip bir yer) gibi geleneksel yaklaşımın yerine evde sunulan bu hizmetler daha az güvenli olabileceğinden dolayı bakımı seçmekle ilgili riskleri

açıklayan belirli bir sözleşme geliştirilmiştir (Kane ve diğerleri, 1998). Belgeyi imzalayan bakım alan/yakınının riskleri kabul etmesi ve bakım hizmeti sağlayanların seçimlerinden kaynaklanan sonuçlarından bireyi zararsız tutma sorumluluğunu kabul etmesi gibi koşulları içermektedir. Ancak bu düzenlemeyle verilen fiili hizmetler için hesap verebilirlik düzeylerinin hâlâ rafine edilme ihtiyacında olduğu belirtilmiştir (WHO, 2003).

DSÖ, rehabilitasyonun entegre bakımda rolünü gündeme getirmiştir. Sosyal bakışla geliştirilen bakım modellerinin, çoğunlukla bireyin işlevselliğini geliştirmek için aktif çaba gösterilmesi gerekliliğinden ötürü önemli olduğunu vurgulamıştır. Rehabilitasyon stratejide bireyin bağımsız yaşama yeteneğini geliştirme yaklaşımı bulunmaktadır (WHO, 2003). Bu nedenle rehabilitasyon yaklaşımının tedavi ve bakım hizmetlerinde göz ardı edilmemesi gereken anahtar konudur. DSÖ Rehabilitasyon 2030 hedeflerini, BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3'ün (herkese sağlık hizmeti) başarısı için oluşturmuş, hem sağlık-sosyal hizmetlere ilişkin bakanlıklar arasındaki koordinasyonun geliştirilmesi, hem de rehabilitasyon hizmetinin bir bütün olarak yer almasının önemli olduğunu gündeme getirmiştir. ÜSB hizmetlerinde, rehabilitasyon hizmetinin verilmesinin, önemli göstergelerden biri olduğu vurgulanmıştır (WHO, 2017).

DSÖ'ye göre, eğer kronik bakım modeli gerçekleştirilir ve uygulanırsa bakım hizmetleri, sağlık hizmeti veren profesyoneller ile birlikte hizmet vermeli ve paylaşılan ortak hedefler oluşturması gerekliliği bulunmaktadır. Sağlık hizmeti verenler ile bakım hizmeti verenler kendi alanlarını öne çıkarabilir, ancak her biri diğerinin farkında olmalı ve çatışmamalıdır. Bakım hizmet ise verenlerin amacının, hizmet alanın eksikliklerini telafi etmek ve temel işlevsel destekleri yerine getirmektir. Kaliteli bakım, bu yetersizliklere herhangi bir komplikasyon olmadan hizmetleri üretir durumda olmayı ifade etmektedir. Böylece, bası yarısı ve üriner enfeksiyonu olmayan kendini iyi hisseden zayıf yaşlı bir kişinin bakımının başarılı olarak görülebileceğidir. Sağlık hizmeti verenlerin, çoğunlukla daha agresif bir duruş sergilediği belirtilmiş ve her ne kadar çoğunun tedavi etmesi beklenmese de çabalarının sonucunda hizmet alanın klinik rotasında bir değişiklik yapmayı amaçladığı görülmüştür. Çoğu durumda bu faydayı,

hastalığın azalış oranı ya da yavaşlaması olarak ifade edilmiştir (WHO, 2017). Tablo 2’de kronik hastalıkları bulunanlar için oluşturulan geriatrik değerlendirme ve sağlık yönetimi, evde ya da kurumda kronik hastalık yönetimi, ev hastanesi, öz yönetim, vaka yönetimi gibi bakım çözüm önerilerinin etkileri araştırılmıştır. Bu çözüm önerileri memnuniyet oranları, fonksiyonu, kullanım durumu, maliyet ve mortalite oranları üzerine etkisi araştırılmıştır.

Tablo 2. Randomize Klinik Çalışmalarda Kronik Durumlarda Müdahalelerin Etkinliği

Müdahaleler	Memnuniyet	İşlevselliği	Kullanım	Maliyet	Mortalite
Geriatrik değerlendirme ve yönetimi	+	+	-	+	=
İnterdisipliner evde bakım	+	+	+	+	
Öz yönetim	+	+	+	+	
Grup bakımı	+		+	+	
Ev hastanesi	+		+	+	=
Engellilik yönetimi			+	+	
Bakımevinde kronik hastalık yönetimi			+		=
Bakımevinde akut bakım	+	+	=	=	=
Geçici bakım	=	=	+	+	=
Vaka yönetimi		=	=	=	=

+belirgin bir artış veya önemli ölçüde artış

- belirgin bir düşüş veya önemli ölçüde düşüş

= önemli bir fark yok

Kaynak: WHO-Key Policy Issues Long Term Care-2003 (WHO, 2003)

DSÖ 2003 yılında yayınladığı ‘USB Hizmetlerinde Anahtar Politik Konular’ raporunda yer alan ve Tablo 2’de incelenen USB hizmetlerine ilişkin yaklaşımlar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada geriatrik değerlendirmeler ve sağlık yönetimi memnuniyet ve maliyet azaltmada önemli derecede artışa neden olduğu, vaka yönetiminin kullanımı ise maliyette ve mortalite oranlarında bir değişiklik yaratmadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda hastanelerde geçici bakımın memnuniyet ve işlevselliğinde önemli fark bulunmazken, bu hizmet kullanım oranları ve maliyet üzerinde artırıcı etkisi

görülmüştür. Buna karşılık bakımevlerinde akut bakımın sağlanması memnuniyet ve işlevselliği artırdığı, kullanım oranları ve maliyet üzerinde etkisi olmadığı anlaşılmıştır.

USB hizmetleri kapsamında kronik bakımın önemli bir bileşenin erken müdahale olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda USB hizmetleri profesyonellerinin görevleri ise bakım alanları aşırı agresif tıbbi etkinlikten korumak olduğu vurgulanmıştır. Sağlık hizmetinde olumsuz bir olayda başarısızlık maliyetinin, başarının ödülllerinden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Akut bakım ve USB hizmetinin entegrasyonunu gerçekleştirmek ve ödemeyi koordine etmek için yetersiz koşullar olduğu ifade edilmiştir. Bu koşulların sağlanması için hizmetlerin altyapısında değişiklikler gerektiği, bu değişiklikler denenmeden önce, hekimlerin bu alana dikkatini çekmeye ihtiyaç bulunduğu vurgulanmıştır. Yaşlı insanların bakım-sağlık uygulamalarında hekim etkinliğinin performanslarının küçük bir kısmı olarak görmemesi gerektiği belirtilmiştir. DSÖ'ye göre tarihsel olarak bakım hizmetinin sağlık hizmetlerinin küçük ortağı olarak ortaya çıkmış olması ve hâlâ sağlık hizmetinin dramatik olarak aslan payını alması, USB hizmetlerini tartışılabilir konumda tutmaktadır (WHO, 2003)

1.6.3. Birleşmiş Milletler Kalite Çalışmaları

Birleşmiş Milletler'in (BM) 2015-2030 yıllarını kapsayan "60 Yaş Üzerindekilerin Uzun Süreli Bakım İhtiyacının Artması" (*The Growing Need For Long-Term Care Assumptions and Realities/60+counts*) çalışmasında ülkelerde uygulanan bakım hizmetine ilişkin politika ve programlara tepkilerin, devam eden tartışmalara ve yeniden düzenleme ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. BM'lerin USB hizmetleri için geliştirilecek politika konularında kilit noktalar aşağıda yer almaktadır (UN, 2016);

- ✓ Sürdürülebilir finansman kaynaklarının belirlenmesi ve aile/enformel bakıcılara maddi ve/veya pratik destek sağlanması da dâhil olmak üzere **bakım hizmetleri destek mekanizmalarının oluşturulmasına,**
- ✓ Enformel bakım hizmetlerinde sorumluluk yüklenenler açısından cinsiyet ve toplumsal etkilerinin incelenmesine,
- ✓ USB hizmetinde sosyal ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve koordinasyonunun sağlanmasına,

- ✓ Etkili USB hizmetleri için **bakım kalite standartlarının belirlenmesine** ve bakım alanında çalışanlarını haklarının izlenmesine,
- ✓ Bakım ihtiyacına dayalı olarak her yaş için erişim eşitliğine vurgu yapılmıştır.

BM tarafından 2002'de yayınlanan ülkelerin Madrid Uluslararası Eylem Planı (The Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA), üye ülkelerde nüfusun yaşlanmasına ilişkin tedbirlerin alındığı ilk uluslararası stratejik belge olarak kabul edilmiştir. Birkaç ay sonra, BM Avrupa Ekonomik Komisyonu'na (UNECE) üye ülkeler, Berlin'de toplanarak bölgesel farklılıkları ortaya çıkarmak için Bölgesel Uygulama Stratejisi'ni (RIS) hazırlamıştır. UNECE'ye göre, kaynak dağılımından sorumlu otoritelerin, yaşlıların uygun sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimi konusunda bilinçsiz bir önyargıya sahip olduğu ortaya konmuştur. Bu kapsamda BM'nin 2002 MIPAA Bölgesel Uygulama Stratejisi (RIS)'nde yer alan 7. Taahhüt'te "yaşam kalitesini her yaşta sağlamak ve sağlık ve esenlik başta olmak üzere bağımsız yaşamak" konusunu ele almıştır. 10 yıl sonra ise MIPAA-2012 Viyana Bakanlar Bildirgesi'nde "yaşlı insanların her türlü önyargı, ihmal, istismar ve ayrımcılıkla mücadelede haysiyetinin korunmasının" önemi vurgu yapılmıştır. BM tarafından MIPAA-2012'de USB hizmetleri ve kalitesine ilişkin hedefler belirlenmiştir. Bu kapsamda önerilen eylemler (UNECE, 2013) ;

- ✓ Toplum temelli bakım ve aile bakımı için destek sağlanması,
- ✓ Hastaneye yatırmaya ve huzurevine yerleştirmeye olası bir alternatif olarak yaşlı bireylerin bağımsız yaşama kapasitelerinin artırılması ve yalnız yaşayan yaşlı insanlar için kaliteli **evde bakım hizmetlerine** erişimin sağlanması,
- ✓ Eğitim, psikolojik, ekonomik, sosyal destek ve yasama mekanizmaları aracılığıyla bakım veren kişilere destek olunması,
- ✓ Enformel bakımın mevcut olmadığı, kaybolduğu veya arzulanmadığı durumlarda yaşlı insanlara yardım sağlanmasına yönelik önlemlerin alınması,
- ✓ Farklı kültürde bakım sistemlerinin karşılaştırmasına dair araştırmaların kolaylaştırılması,
- ✓ Yaşlı bakıcılar ve mental hastalık/gerilik/bozukluğu olan kişiler için onların özel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik stratejiler hazırlanması ve uygulanması,

- ✓ Kurumsal bakım ve formel bakım hizmeti verenlere ilişkin kalite standartlarının ve izleme mekanizmalarının oluşturulması ve uygulanması,
 - ✓ Ailenin yaşlı insanlarla ilgilenmesini sağlamak için hem resmî hem de gayri resmî olarak sosyal destek sistemleri geliştirilmesi,
 - ✓ Uygun önlemlerle, yaşlı kadınların ve erkeklerin kendine güvenini arttırmak, yaşam kalitesini yükseltmek, mümkün olduğunca yaşadıkları ortamda bağımsız yaşamalarını sağlamak için koşulların yaratılması,
 - ✓ İşyerinde ve aile hayatında alınan önlemlerle, kadınlar ve erkekler arasındaki bakım sorumluluklarının eşit dağılımının sağlanması, toplum temelli bakım ve aile bakımı desteği sağlanması
- olarak belirlenmiştir.

1.6.4. Avrupa Birliği Kalite Çalışmaları

Avrupa Birliği (AB) Yaşlanma Komisyonu'nun USB hizmetlerine yönelik yürüttüğü projeler bulunmaktadır. Bunlardan biri başında Avrupa Komisyonu 7. Çerçeve Programı çerçevesinde desteklenen ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations) araştırma projesidir. AB'nin USB alanında yürüttüğü diğer projeler ise; INTERLINKS (Healty Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links) ile PROCARE (Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons) ve E-QALI (European Quality Improvement And Inovative Learning) gibi önde gelen projelerdir.

1.6.4.1. Avrupa Ülkelerinde Bakım İhtiyaçlarını Değerlendirme Projesi

Avrupa Ülkelerinde Bakım İhtiyaçlarını Değerlendirme (Assessing Needs of Care in European Nations-ANCIEN) Projesi, Avrupa'da yaşlılara yönelik USB hizmetlerini geleceği üzerine odaklanmış ve AB tarafından finanse edilmiştir. Bu proje, AB üyesi 20 ortak ülkenin katılımı ile ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes) tarafından yapılmış olup 2009 yılında başlamış, 44 ay sürmüş ve 2012 yılında tamamlanmıştır. Bu projede 20 katılımcı Avrupa ülkesinin 11'inden 390 kalite göstergesi toplanmıştır. ANCIEN projesi kapsamında Avrupa'da yaşlı bireyler için USB hizmetleri ile ilgili olarak;

1. USB ihtiyacı, talebi, destek ve kullanımını nasıl geliştireceğiz?

2. USB ait sistemleri nasıl oluşturacağız?

sorularının cevabı aranmıştır.

Proje sürecinde Avrupa’da USB sistem performansı ve kalite güvencesine ait bilgi toplanmış, analizi yapılmış ve geleceğe ait projeksiyon tutulmuştur. Ülkelerin farklı demografi, epidemiyoloji, ekonomik modellerine göre USB sistemlerini geliştirmek için kullanabilecekleri ek proje ve çıktılar oluşturulmuştur. Aynı zamanda bu çalışma kapsamında aşağıdaki raporlar elde edilmiştir (ANCIEN, 2012):

1. Avrupa’ da USB hizmetlerine ait veri toplanması,
2. Seçilen ülkelerde toplanan bilgilere göre bakım ihtiyacına ait gelecek öngörülere,
3. USB hizmetleri kapsamında formel ve enformel bakım hizmetlerine ihtiyacın tahmin edilmesi,
4. USB’de değişen şartlara göre teknolojinin kullanılması,
5. USB kalite güvencesinin uygulanması,
6. AB ülkelerinde USB kalite güvencesi politikaları kapsamında, kalite göstergeleri, zayıf- kuvvetli yönler ile fırsat ve tehditlerin değerlendirilmesi,
7. USB sistem performanslarına göre kaliteli bakıma ait iyi uygulama örneklerinin belirlenmesidir.

Proje kapsamında; bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan yaşlılar için taleplerin nasıl karşılanacağı, tedarik ve kullanımın nasıl gelişeceği, ülkelerdeki farklı sistemlerin bunları nasıl karşıladığı ve ülkelerin kullandığı bakım hizmetleri kalite göstergelerinin neler olduğu incelenmiş ve raporlanmıştır. Bu rapora göre, Avrupa ülkelerinde kalite göstergeleri üç boyutta sınıflandırılmıştır (ANCIEN, 2012):

- ✓ **Kalite göstergeleri:** Ülkelerin kalite göstergeleri hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik ve koordinasyon kavramlarına ait göstergelerdir.
- ✓ **Organizasyon tipi:** Projede kalite göstergeleri, bakım hizmet organizasyon yapısına göre dağılım göstermiştir. Bu organizasyonlar; kurumsal bakım, evde sağlık hizmetleri, formel evde bakım hizmetleri, enformel evde bakım hizmetleri dir.
- ✓ **Sistem;** USB hizmetleri kalite göstergeleri girdi-süreç-sonuç ilişkin konsept ile ele alınmıştır. Bu konsept sağlık yönetimi literatüründe de aynı şekilde yer almaktadır (Shaw ve diğerleri, 2002) ve sağlık kurumlarının incelenmesinde uygulanmıştır.

Organizasyonların sistemleri; elde edilen sonuç ve bunların süreçlerine bakarak incelenmiştir. Bu nedenle kalite göstergeleri sistem bölümlerine (girdi-süreç-sonuç) bağlanmıştır.

Toplanan göstergeler ulusal düzeyde ya da yerel düzeyde ulusal bir otoritenin kullanılmasını tavsiye ettiği göstergelerden oluşmuştur. İncelenen 11 ülkenin tamamında, kurumsal bakım kalitesini değerlendirmede kullanılan göstergeler incelenmiştir. Ülkeler arasında kalite göstergelerinin sayıları (Macaristan'da 5'in altında, Fransa'da 119'un üstünde) arasında büyük fark bulunmuştur. Göstergelerin büyük kısmı, bakımın etkililik ile ilgiliyken, güvenlik ve koordinasyon ile ilgili göstergelerin daha az olduğu ifade edilmiştir. Ülkelerin USB hizmetlerinde sistem boyutlarına ait kalite göstergeleri sayısal olarak incelendiğinde ve girdi (76 gösterge), süreç (247 gösterge) ve sonuç (68 gösterge) kalite göstergeleri karşılaştırıldığında büyük bir fark olduğu bulunmuştur (Dandi ve diğerleri, 2012). Projede kalite göstergeleri incelenen ülkeler; ulusal düzeyde (Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, Litvanya, Hollanda, İspanya, İsveç ve İngiltere) ya da yerel düzeyde (Avusturya, Polonya, Slovakya, Slovenya) düzenlemeleri bulunanlar olarak iki grupta ele alınmıştır. Her bir kalite göstergesinin bir ya da birden fazla boyuta işaret etmektedir. Mesela; İsveç kalite göstergelerinden 'inme sonrası destek memnuniyet' evde ve kurumsal USB hizmetlerinde tanımlanmıştır (ANCIEN, 2012).

ANCIEN Projesinde USB hizmet ve kalite güvencesine ilişkin politikalar da incelenmiştir. Çünkü proje kapsamında ANCIEN projesinde USB hizmetleri incelenen 21 ülkede bakım sorumluluğunda koordinasyon eksikliği bulunduğu ifade edilmiştir. Bu nedenle, USB politikaları ile USB kalite güvencesine ilişkin politikaların farklı taraflarca geliştirilmiş olması ihtimaline karşı kalite güvencesine ilişkin politikanın USB hizmetleri kullanımını yansıtmayabileceğine dikkat çekilmiştir.

Bu nedenle proje çıktılarında formel bakım hizmeti kullanan ve çok gideri bulunan ülkelerin formel bakım kalite güvence politikalarına yatırım yapmaları önerilmiştir. Aynı zamanda bakım hizmeti için yüksek oranda geri ödeme yapan ülkelerde, bakım kalite sistemlerinin zayıf olduğu ve ev temelli/enformel bakım hizmetlerinde kalite

güvence geliştirmeye ilişkin politikalara ve yatırıma ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Son zamanlarda beklentinin, yüksek gideri olan ölkelerin enformel bakım rolünü artırmaları doğrultusunda olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu kapsamda USB hizmetlerinde kalitenin yapısal girdisi şu şekilde yansıtılmıştır (ANCIEN, 2012):

- ✓ **Şeffaflık:** USB hizmeti kullananlar/hastalar genellikle kısıtlılığı bulunan kişilerdir. Bu nedenle, sadece ihtiyaçlarının karşılanması değil aynı zamanda seçimlerinden oluşan beklentilerinin karşılanması da önemlidir. Hastaların, bakıma ilişkin kalite hakkında bilgilendirmeye ihtiyaı bulunmaktadır. Bu, şeffaflık artırılması ve kullanıcılara daha fazla bilgi verilmesi ile yapılabilir.
- ✓ **Enformel bakımda kalite:** Birçok ölkede enformel bakım hizmeti verenler, engelli ve yaşlı aile üyelerinin bakımı için hayatlarını feda etmektedir. USB sistemi kalitesinde sadece bakım alanının ihtiyaçlarının desteklenmesi temel olarak alınmamalıdır. Enformel bakım verenlerin iyilik hâlleri-sağlıklarının korunması, ihtiyaçlarının karşılanması, memnuniyetlerinin artırılması odak alınarak “genişletilmiş USB hizmetleri” bakışı sağlanmalıdır. Aynı zamanda, bakım için gerekli malzemeleri almada finansal destek sağlanmalı, eğitim/danışmanlık hizmeti verilmeli, sağlık koşulları düzeltilmelidir.
- ✓ **İzleme:** İzleme sistemine, bu alanda kalite gelişimini desteklemek, geri dönüşümleri almak, politikalar konusunda bilgilendirmek ihtiyaçları bulunmaktadır. ANCIEN projesinde yapılan araştırmaya göre, USB hizmetlerinde kalite izleme ve değerlendirmesi ortalama üç yılda (1- 5 yıl arasında değerşmekte) bir yapılmaktadır.
- ✓ **Eğitim:** Yetkin bakım elemanı, USB hizmetlerinde kalite için anahtar konumdadır. USB, yaşlı bakımında uzmanlaşmış çalışanlara ihtiyaç duymaktadır. ANCIEN projesinde, AB üyesi 10 ölkede bakım konusunda özel eğitim verdiklerini raporlanmıştır. Hemşire, kurumsal bakım ve evde sağlık hizmetinde belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle hemşire eksikliği, USB kalitesini doğrudan etkilemektedir.
- ✓ **Teknoloji:** USB hizmetlerinde teknolojinin reaktif, aralıklı, hastane ve bakım merkezlerinde tedbir amaçlı kullanımı mümkündür. Bakımda teknoloji, yenilikçi organizasyon modellerini sağlamak, kişinin iyilik hâlini sürdürmek ve holistik yaklaşımla sağlığını daha iyiye götürmek amaçlı kullanılmaktadır. Aynı zamanda bireyi, sağlığına dair tehlikeli sonuçlardan korunma, azaltma, kontrol altına alabilme yaklaşımları ile tanıştırmıştır. Teknoloji kapsamında özellikle BİT (Bilgi İletişim

Teknolojileri) kullanımı ve ev ekipmanları hizmetlerde önemli bir yer edinmiştir. Yakın gelecekte coğrafi zorluklara ve profesyonellerin nerde olduğuna bağlı olmaksızın sağlık ve sosyal hizmetlere ilişkin müdahalelerin parçalanmadan verilmesine daha çok ihtiyaç duyulacaktır. Bilgi iletişim teknolojileri, eve ait çözümler ile kurumsal bakımdan evde bakıma geçişi sağlamakta, hastane sürecini kısaltmakta, bakım alan ile enformel/formel bakım hizmeti veren arasında rolleri kısmi olarak değiştirmekte, bakım alanların kırılabilirliği ve fonksiyonel kısıtlılığı azaltmakta, riskleri en aza indirmekte, enformel bakım hizmeti verenin üzerindeki yükü kaldırmakta gibi yaraları ile bakıma ait yeni modellerin oluşumunu etkilemektedir.

- ✓ **Finans:** Bakım hizmetlerinde sürdürülebilir finansmanın önemi büyüktür. Tablo 3'te Avrupa ülkelerinin USB hizmetine yaptığı harcamalara göre bir sınıflandırma yapılmıştır. Bu yolla, USB hizmetlerinin gelişme derecesi yorumlanabilmiştir.

Tablo 3. USB Finansmanına Göre Ülkelerin Bakım Özellikleri

Sistem	Ülke	Bakım Özellikleri
Grup A Enformel bakım veren ağırlıklı Düşük kişisel finansman	Belçika, Çek Cumhuriyeti Almanya, Slovakya	Düşük harcama Düşük özel sektör Yüksek enformel bakım kullanımı Yüksek enformel bakım desteği Az cepten ödeme
Grup B Kapsamlı, erişilebilir ve sistemi olan	Danimarka, Hollanda, İsveç, İskandinav Sistemi	Yüksek harcama, Düşük özel sektör Düşük enformel bakım kullanımı Yüksek enformel bakım desteği Az cepten ödeme
Grup C Enformel bakım veren ağırlıklı Yüksek kişisel finansman	Avusturya, İngiltere, Finlandiya, Fransa, İspanya	Orta harcama Yüksek özel sektör Yüksek enformel bakım kullanımı Yüksek enformel bakım desteği Çok cepten ödeme
Grup D Yüksek kişisel finansman Enformel bakım	Macaristan, İtalya	Yüksek harcama Yüksek özel sektör Yüksek enformel bakım kullanım Düşük enformel bakım desteği Orta cepten ödeme

Kaynak: ANCIEN Projesi Raporlarından alınmıştır-2012 (ANCIEN, 2012)

Tablo 3'e göre "İskandinav" kümelenmesi (Grup C) cömert bir finansmana sahip, oldukça geliştirilmiş bir sisteme sahiptir ve enformel hizmetlerin nispeten düşük kullanımı (finansal desteğe rağmen) formel hizmetlerin fazla olması ile açıklanmıştır. Öte yandan, D kümesi göreceli olarak yetersiz bir şekilde desteklenmesine rağmen göreceli olarak kötü gelişmiş bir formel USB sistemine sahiptir. A ve C kümeleri, yüksek enformel bakım kullanımını, enformel bakıma önem veren ülkelerin 'beklenen' sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Mot ve Willeme, 2012).

1.6.4.2. Avrupa'da Yaşayan Yaşlılar İçin Uzun Süreli Bakım Sistemleri Projesi

Avrupa'da Yaşayan Yaşlılar İçin Uzun Süreli Bakım Sistemleri (Healthy Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links- INTERLINKS) (*Avrupa'daki Yaşlılar İçin Sağlık Sistemleri ve Uzun Süreli Bakım Arayüzleri ve Linkleri Modellemek*) projesi, yaşlıların için uzun süreli bakım sağlamayı amaçlamış ve Avrupa çapında bir kaynak oluşturmuştur. Avrupa'daki yaşlılar için yapılan bu projede "sağlık sistemleri ve bakım hizmetlerinde - önleme, rehabilitasyon, hizmet kalitesi ve enformel bakım" arasındaki etkilerini inceleyen çalışma 2011-2013 yılları arasında yapılmıştır. Çalışmaya Avusturya, İsviçre, Almanya, Fransa, Finlandiya, Hollanda, Yunanistan, İspanya, İtalya, Slovakya ve İngiltere katılmıştır. INTERLINKS projesi, Avrupa'da yaşayan ve bakıma muhtaç yaşlı insanlara ve bu alanda çalışan kişilere yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Sağlık ve sosyal bakım profesyonellerine, politika yapıcılara, idari kurumlardan kişilere ve sivil toplum kuruluşlarında çalışanlara USB hizmetlerinin geliştirilmesine dair ilham vermek amaçlanmıştır. Projede;

- ✓ USB sistemlerinin entegre ve doğru çalıştırılması,
 - ✓ Kırılgan ve yaşlı insanlar için enformel ve formel bakım ile sosyal ve sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun yapılması, planlama ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi,
 - ✓ USB sistemlerini geliştirmek için önleme, rehabilitasyon, kalite yönetimi, yönetim ve finansman araçlarının entegre edilmesi
- ele alınmıştır.

Bu projede, kalite güvence sistemi kapsamında Donabedian'ın ortaya koyduğu etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, meşruiyet ve hakkaniyet gibi kaliteyi

tanımlayan kavramlar öne çıkartılmıştır. Etkili bakım hizmeti için hatasız, hesap verilebilir hizmet ilkesi uygulanmıştır. Donabedian'a atfedilen ilkelere kaliteli bakımın aynı zamanda ekonomik olarak sürdürülebilir olması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca Donabedian'ın kabul edilebilir, meşru ve hakkaniyet ilkesine sahip ahlaki ve felsefi-politik boyutlar arasında bakımın ele alınmıştır. Bakımda kalite parametrelerinin değişmeyen fonksiyonlar olarak;

- ✓ Bakım hizmeti alanların temel ihtiyaçlarının karşılanması,
- ✓ Bakım hizmeti verilirken bireysel tercihlere saygılı olunması,
- ✓ Beklentilere cevap verilmesi

gerekliliği ortaya konmuştur (Nies ve diğerleri, 2010).

Bu nedenlerle projede bakım hizmeti verenlerin bağımsız olması bunun yanında yaşlıların verilen bakım hizmeti üzerinde kontrol sahibi olma istekleri dikkate alınmıştır. USB sistemindeki boşluklar nedeniyle genellikle yaşlıların doğru seçimleri yapamamaları, kalitesiz bakım almalarına sebep olduğu görülmüştür. INTERLINKS projesinde, bu boşlukları doldurmaya yönelik, bakımın iyileştirilmesi yollarını arayan bir yaklaşım geliştirilmiştir. USB hizmetini planlayanlar ve yaşlıları destekleyenler öne çıkarılmak istenmiştir. Ulaşılması güç olabilecek yaşlılara özel olarak dikkat edilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Projede, yaşlılar için farklı bakım türlerinin nasıl tanımlanacağı ve koordine edileceği ile kişi merkezli bakımın nasıl geliştirileceği tartışılmıştır. Proje kapsamının çıktısı olarak; önleme, rehabilitasyon, enformel bakım, kalite güvencesi ve kalite yönetimi, kurumsal yönetim, finansmanın önemi üzerinde durulmuştur (Nies ve diğerleri, 2010).

1.6.4.3. Avrupa Kalite İyileştirme ve Yenilikçi Öğrenme Projesi

Avrupa Kalite İyileştirme ve Yenilikçi Öğrenme Projesi (European Quality Improvement And Innovative Learning - E-QALIN) kapsamında 2007 yılında Avrupa ülkelerin bazılarında uygulanmıştır. Projede USB hizmetlerinde kalite göstergeleri ve sosyal bakımda kalite yönetimine ilişkin standartlar ve metodolojiler oluşturmak amacıyla aşağıdan yukarıya bir yaklaşımla uygulanan kalite yönetim sistemi E-QALIN denenmiştir (Dandi ve diğerleri, 2010). Sistem örgütsel gelişim, öğrenme ve eğitim üzerine yoğunlaşmıştır. Proje kapsamında incelemeye bakım verenler, paydaşlar ve

profesyoneller alınmıştır. Tüm paydaşları kendi değerlendirmelerine ve sürekli kalite iyileştirmesine dâhil edilmiş, E-QALİN bakım hizmetinde yer alan personellerin sorumluluğunu ve mesleki hiyerarşisini, işbirliğini becerilerini güçlendirmeye çalışmıştır. E-QALİN kalite yönetim sistemi ayrıca bakımevleri ve evde bakımda sorumluluk alan enformeller bakım verenlerin, kalite değerlendirme ve iyileştirme önlemlerine dair görüşlerini almış, klasik memnuniyet anketleri yoluyla çalışmaya dâhil etmiştir. Avrupa ülkelerinde USB sistemlerinde bulunan 66 “girdi ve süreç” kalite göstergeleri ve 25 “sonuç” kalite göstergesi değerlendirilmiştir. Süreç için kalite göstergesi, yöneticiler için organizasyonda bir öz değerlendirme yapmayı içermiştir. E-QALİN kapsamı genişletilmiş, bu kapsamda Avusturya, Almanya, İtalya, Lüksemburg ve Slovenya’da yaklaşık 150 bakımevi değerlendirmeye katılmıştır. Değerlendirme sonuçları, katılan pilot organizasyonlarda kalite düşüncesinde önemli gelişmelere neden olmuştur. Avusturya’nın bazı bölgelerinde bakımevleri E-QALİN’e dayalı kaliteli bakım hizmeti vermektedir (E-QALIN, 2007).

1.6.4.4. Yaşlılar İçin Sağlık ve Sosyal Bakım Entegrasyonu Projesi

Yaşlılar İçin Sağlık Ve Sosyal Bakım Entegrasyonu Projesi (Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons-PROCARE), AB Beşinci Çerçeve Programı kapsamındaki girişimler ile ortaya çıkmıştır. Yaşlılar için PROCARE ‘Bütüncül Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri’ projesi 2005 yılında tamamlanmıştır. Proje kapsamında uygulanan programın birinci aşamasında; farklı yaklaşımların yapısal, organizasyonel, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerini ve aktörlerini sürdürülebilir bir sistem içerisinde birleştirmeye odaklanılmıştır. Ayrıca program, uluslararası karşılaştırmalar yapılmış, ortak sorunlar belirlenmiştir. Bu sorunlar; yeterli bakım elemanı olmaması, koordinasyon ve işbirliği anlamında yönetsel sorunlar ve artan bakım maliyetleri olarak sıralanmıştır (Leichsenring, 2005).

1.7. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE ÇALIŞMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu temellere dayanarak kaliteli bakıma dair uluslararası organizasyonların her birinin ele aldığı kalite kavramları özgün olarak bir tabloda karşılaştırılmıştır. OECD, DSÖ,

BM ve AB çalışmalarında yer alan uzun süreli bakım hizmetlerinde kalite göstergelerinin kaliteyi tanımlayan kavramlar, yapısal girdiler ve çözüm önerileri incelenmiş olup aşağıdaki Tablo 4 ortaya çıkmıştır.

Tablo 4. USB Hizmetlerinde kalite kavramları, yapısal girdiler ve çözüm bakımından Uluslararası Organizasyonların Karşılaştırılması

	OECD	DSÖ	BM	AB
KALİTE KAVRAMLARI BİLEŞENLERİ				
Etkinlik	✓			✓
Bakım Güvenliği	✓			✓
Hasta Odaklılık ve Cevap verilebilirlik	✓			✓
Bakım Koordinasyonu		✓	✓	✓
Risk Yönetimi		✓		
Hedef belirleme		✓		
Karar verme		✓		
Zamanlama	✓	✓		
YAPISAL GİRDİ				
<i>Personel Ve Yönetim</i>	✓		✓	
<i>Bakım modeli</i>	✓			
<i>Bilgi Ve İletişim Teknolojisi (BİT)</i>	✓	✓		✓
<i>Finansman</i>			✓	✓
<i>Erişim</i>			✓	
<i>İzleme</i>				✓
<i>Eğitim</i>				✓
<i>Şeffaflık</i>				✓
ÇÖZÜM				
Vaka Yönetimi	✓	✓		

Kaynak: Araştırmacı tarafından

- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2013 yılında yayınlanan ‘Uzun Süreli Bakımda Kalitenin İzlenmesi ve Geliştirilmesi -Yaşlılıkta İyi Bir Yaşam’ (*A good Life in Old Age?Monitoring and Improving Quality in Long Term Care*) yayını,
- Dünya sağlık örgütü (WHO) 2003 yılında yayınlanan “Uzun Süreli Bakımda Temel Politika Konuları” (*Key Policy Issues In Long-Term Care*) raporu,
- Birleşmiş Milletler (BM) tarafından yapılan “60 Yaş Üzerindekilerin Uzun Süreli Bakım İhtiyacının Artması” (*The Growing Need For Long-Term Care Assumptions and Realities/60+counts*) (2015-2030) çalışması,
- Avrupa Ülkelerinde 2012 yılında yapılan “Bakım İhtiyaçlarını Değerlendirme” (*Assessing Needs of Care in European Nations-ANCIEN*) Projesi raporundan yararlanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4’de yapılan karşılaştırmadan anlaşılacağı gibi uluslararası kuruluşların politikalarında USB hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin yaklaşımlar bulunmuştur. Bu yaklaşımlarda göze çarpan ortak noktalardan biri koordinasyonun sağlanması olmuştur. Aynı zamanda vaka yönetimi ve bakım hizmetlerinde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımı da öne çıkmaktadır. Bakım kalitesini artırmak için etkililik, birey odaklı olma, güvenlik ve zamanlama gibi kaliteyi tanımlayan kavramların yanında personel, yönetim ve finansman konularının ortak olarak ilgi çektiği görülmüştür.

1.8. UZUN SÜRELİ BAKIMDA KALİTE BELGELENDİRME

USB hizmetleri kalite belgelendirmesine dair literatürde yer alan kavramlara bakıldığında minimum standartlar, akreditasyon, sertifikalandırma ve ruhsatlandırma terimleri ile karşılaşılmıştır. Kalitenin belgelendirilmesinde bu yolların biri ya da birkaçının aynı anda kullanılabilirdiği görülmüştür. Ülkeler, USB hizmetlerine ait oluşturdukları mevzuat ve düzenlemeler ile bu belgelendirmeyi kimi zaman zorunlu kimi zaman isteğe bağlı olarak ödemeler ile de ilişkilendirmiştir.

OECD (2013) çalışmasına göre toplum temelli bakım hizmetleri kapsamında evde bakım için kalite standartlar ve akreditasyon sistemlerinin yaygınlığının az, düzenlenmelerin yetersiz olduğu görülmüştür. Bakım kalite standartları çalışmalarına, hizmet alanların temel insan hakları ve insan onurunun korunması (ör. Hollanda, İngiltere ve Birleşik Devletler, İrlanda), bireyselleştirilmiş bakım planlaması, olumsuz olay ve şikâyetler için raporlama sistemleri (ör. İrlanda, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere) gibi yaşam kalitesini etkileyen boyutlar da eklenmiştir.

Birçok OECD ve AB ülkesinde (ör. Avusturya, Avustralya, İngiltere, Almanya, İrlanda, Japonya, Hollanda, Portekiz, Slovenya, İspanya ve Amerika Birleşik Devletleri) bakım kalite standartlarının uygulandığı görülmüştür. Standartlarla ilgili bilgi derinliği değişmesine rağmen, OECD ülkeleri arasında bakım kalitesine dair ortak gereklilikler bulunmamaktadır (OECD, 2013). USB hizmetlerinde kalite çalışmaları kapsamında ISO

(International Organization For Standardization) gibi kalite belgelendirme çalışmalarına ve akreditasyon sistemlerine rastlanılmıştır.

1.8.1. Kalite Belgelendirme- Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu

Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu (ISO-International Organization For Standardization), dünyanın en büyük gönüllü ‘Uluslararası Standartlar Geliştiricisi’ kalite belgelendirme sistemi olarak, 1947’de kurulmuştur ve o zamandan beri işin neredeyse tüm yönlerini kapsayan 21907 Uluslararası Standartlar yayınlamıştır. ISO, 162 ülkede standart enstitülerine ve organizasyonlara bağlı olarak hizmet vermekte olup merkezi İsviçre’nin Cenevre kentindedir. En yaygın kullanılan standart ISO 9001: 2000, bir kalite yönetim sistemidir. İçeriği ise;

1. Hizmet alan için geçerli mevzuat şartlarını karşılayan hizmeti sürekli olarak sunma kabiliyetini göstermek ve
2. Sistemin sürekli olarak iyileştirilmesi için hizmet alana ve geçerli mevzuata uygunluk güvencesi ile sistemin etkili bir şekilde uygulamak, böylece memnuniyetin artırılmasını sağlamaktır (ISO, 1997).

ISO kalite alanında profesyonel oluşumlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. ISO 9000 serisi, ISO (International Standards Office) üyesi ülkelerin katılımı ile oluşturulan teknik komite (ISO/ TC176) tarafından geliştirilmiştir. Bu seri, daha sonra Avrupa Standartlar Komitesi (CEN) tarafından 1988 yılında EN 29000 olarak yayınlanmıştır. Ülkelere göre değişik kodlanan ISO 9000 standardı, Türkiye’de TS-ISO 9000 olarak yayınlanmıştır.

Kalite güvencesi, aslında üretim sektörü için geliştirilmiş olmakla birlikte, hizmet sektörüne de uyarlanmıştır. ISO 9000 ile ‘tüm personelin aniden yeri değiştirilse dahi, yeni insanların, kalite sistemini, ürün ve hizmeti eskisi gibi üretmede kullanabilmesi’ni amaç edinmiştir. ISO 9000, bir standartlar serisi olarak üretim serisinin değişik aşamalarına göre 9001, 9002, 9003 ve 9004 kodlu elemanları olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar tarafından tek başına da tercih edilebilecek bir yönetim sistemi standardı oluşturulmuştur. Bu standarttaki şartların, TS EN ISO 9001:2008 ve sağlık hizmetleri için ek özellikli tanımlamaları içerdiği görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde, örneğin temel sağlık, hastane öncesi bakım ve hastane servisleri, üçüncül sağlık hizmetleri, bakım evleri, düşkünler evleri, önleyici sağlık hizmetleri, zihinsel engelliler bakım hizmetleri, diş hekimliği, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri, meslek hastalıkları için sağlık hizmetleri ve eczaneler olmak üzere tüm sağlık sektöründe uygulanabilecek bir yönetim sistemi standardı olarak yayınlanmıştır (ISO, 2017).

Uluslararası Standart ISO 9001: 2000 kalite yönetim sistemi tüm gereksinimleri jenerik olup verilen hizmet türüne, boyuta, ürüne bakılmaksızın tüm organizasyonlarda uygulanabilmesi öngörülmüştür (ISO, 1997). İrlanda'da bulunan bir bakımevi, USB hizmeti veren bir kuruluş olarak ilk kez ISO belgesini 2004 yılında almıştır. Bakımevi, ISO-9001, ISO-14001 ve OHSAS-18001 sertifikalarını aynı anda alan ilk kuruluş olmuş ve kalite, çevre ve mesleki sağlık ve güvenlik standartlarını bütünleştirdiği yönetim sistemi oluşturulmuştur (ISO, 2011).

Türkiye'de ISO kalite belgelendirmesi çalışmaları yapılmıştır. Ayrıca ASPB il müdürlüklerinde ve kuruluşlarda uygulanan diğer TSE çalışması ise ISO 'Kalite Yönetim Sistemi Projesi'dir. Proje, SHÇEK döneminde 2009 yılında başlatılmış ve 5 pilot ilde başlayan proje 2010 yılında 81 ile yaygınlaştırılmıştır. 2016 özel engelliler yönetmeliği ile BHKS içinde ele alınan hizmet standartları TSE ile çalışılmıştır. Bu çalışma sonucunda 'ISO 9001:2015 Standart Belgesi hazırlanmış ve kalite yönetimi standart dokümantasyon sistemi oluşturulmuş ve uygulanmıştır.

ISO 9000 standartlarının, hastane performansına odaklanmaktan daha çok yönetsel prosedürlerle ilgili olduğu ifade edilmiştir. Bu durumda ISO standartlarının terminolojisini sağlık bakımıyla ilişkilendirmek güç olmakta ve ulusal kurumlar arasında değişiklik gösterebildiği belirlenmiştir. ISO denetim süreci, standartlara uygunluğun test etmekte ve örgütsel gelişmeyle ilgili gelişmeye odaklanmıştır. ISO 9000 KYS'ye yapılan bir diğer eleştirinin de tüm süreçleri belgeleme çabalarının kurum içi bürokratik işlemleri artırdığı yönünde olduğu görülmüştür (ISO, 2011).

Toprak'ın 2013'te yaptığı araştırmaya göre, gerek ISO kalite belgeli hastaneler ile belgesiz hastaneler arası karşılaştırmalar gerekse kalite belgeli hastanelerin belge almadan önceki performansları ile belge aldıktan sonraki performanslarının karşılaştırılması sonucunda, ISO 9000 kalite güvencesi sistemlerinin kamu hastanelerinin incelenen performans göstergeleri üzerinde olumlu katkılarının olmadığı anlaşılmıştır. Bununla birlikte, ISO 9000 uygulamalarının özellikle klinik süreç ve sonuçlar üzerindeki yararları sınırlı da olsa, hastane yöneticisi ve çalışanlarının performans algılarını artırdığı için kamu hastanelerinin performanslarını iyileştirmede kısmen de olsa yol gösterici olduğunu söylemenin mümkün olduğu ifade edilmiştir (Toprak ve Şahin, 2013).

1.8.2. Akreditasyon

Akreditasyon organlarının genellikle kâr amacı gütmeyen bu yanıda özel sektörde de olabilmektedir. Akreditasyon "mükemmellik" standartlarına dayalı hizmetleri değerlendirmek ve geliştirmek için harici değerlendirme süreci yürüten bağımsız organlar olarak tanımlanmaktadır. Bunun gereği olarak bakım hizmeti veren organizasyonları düzenli ve tutarlı bir şekilde incelemek, organizasyonlar arasında kıyaslamayla karşılaştırmalar yapmak ve organizasyonların geniş uygulama alanlarına teşvik etmek olduğunun altı çizilmiştir.

Ülkeler sertifikasyon ve akreditasyonu farklı şekilde tanımlamıştır. ABD akreditasyonu, 'Birleşik Komisyon' (JCI) gibi kalite güvencesini gönüllü bir süreç olarak tanımlarken, federal finansmanı almak için bir koşul olan standartlara uygunluk belgesini sertifika olarak tanımlamıştır. Diğer ülkeler; lisans, işletme ruhsatı, kalite güvence sistemlerini aynı anlamda kullanmıştır (OECD, 2013).

Tablo 5. Akreditasyon Kuruluşları

JCAHO	JCAHO dünyadaki en eski sağlık akreditasyon kuruluşudur ve kökü American College of Surgeons tarafından 1917’de hastaneler için geliştirilen minimum standartlara kadar uzanır. JCAHO tarafından akredite edilen hastanelere geri ödeme yapılır. Yeniden denetimler en azından her 3 yılda bir tekrarlanır.
JCI	1992 yılında JCAHO’nun bir alt kuruluşu olarak kurulmuştur. JCI, uluslararası alanda hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapmaktadır.
ISQua	ISQua 1995’den beri ulusal akreditasyon programları için bilgi alışverişinde bulunmak suretiyle hizmet vermektedir. ISQua esasen akreditasyon kuruluşlarını akredite etmektedir.
ALPHA	ISQua’nın şemsiyesi altındaki bu kuruluş bireysel çaptaki akreditasyon kuruluşlarını çalışma standartlarına dayalı olarak akredite eder.
ACHS	1974 yılından beri Avustralya’daki kuruluşları akredite etmektedir.
CCHSA	CCHSA 1958 yılından beri JCAHO’dan bağımsız olarak hizmet vermektedir. CCHSA Kanada’da hem kamu hem de özel hastaneleri akredite etmektedir.
US Agency for Healty Care Research and Quality	Klinik bakım için standartlar araştırmakta ve yayınlamaktadır.
French National Organisation on Accreditation and Evaluation in Health	Fransa’daki sağlık kuruluşlarını akredite etmektedir.
COHSASA	Güney Afrika’da hem özel hem de kamu kuruluşlarını akredite eden bağımsız bir kuruluştur.
HQS	Avrupa’nın en eski sağlık bakım akreditasyonu kuruluşudur. Bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur.

Kaynak (Sarıduman, 2016)

Akreditasyon kuruluşlarından bazıları aşağıdaki Tablo 5’de yer almaktadır. OECD (2013) kaynaklarına göre bakım hizmetlerinde kalite akreditasyonunu, USB kurumlarında sağlanan hizmetlerin kalitesini değerlendiren ve yaşam faaliyetlerinin desteklendiğini belirleyen değerlendirme süreci olarak tanımlanmıştır. Akreditasyon, bakım hizmeti verenlerin yetkili olduğu, düzenlemelere uyduğu ve hizmetlerinde kalite standartlarını karşıladığını ifade etmektedir. Akreditasyonun amacı; güvenliği ve sürekli kalite iyileştirmesini destekleyerek uygunluk ve bakım hizmetlerinde tanımlanan kaliteyi teşvik etmek olarak belirtilmiştir (OECD, 2013). Uluslararası kalite akreditasyon kuruluşlarını akredite eden ISQUa tarafından 2012 yılında ilk defa JCI tarafından hazırlanan USB hizmetlerinde kalite belgelendirmesi onaylanmıştır (JCI, 2012).

1.8.2.1. Uluslararası Birleşik Komisyon –JCI

Uluslararası Birleşik Komisyon’a (Joint Commission International-JCI) 1951 yılında kurulan ABD sağlık kalite akreditasyon sisteminin uluslararası organizasyonu olduğu belirtilmiştir. JCI, 7.000 sağlık kuruluşunun kalite akreditasyonunu yapmıştır. Joint Commission Research (JCR) 1986 yılında kalite araştırma merkezi olarak kurulmuş olup sağlıkta kalite ve güvenliğe ilişkin gelişmeler üzerinde çalıştığı ifade edilmiştir. Joint Commission International (JCI) uluslararası sağlık ve bakım hizmetlerinde kalite ve güvenlik akreditasyonu üzerinde çalışmakta olup ISQUa’dan akredite olmuştur. JCI, 90 ülkede sağlık organizasyonları, STK’lar ve devletlerle çalıştığını ve 300’den fazla organizasyonu akredite ettiğini açıklamıştır (JCI, 2012). DSÖ; 2005 yılında “DSÖ Hasta Güvenliği Çözümleri için İşbirliği Merkezi” olarak Joint Commission (JC) ve Joint Commission International’ı (JCI) atamıştır (JCI, 2016).

ISQUa’dan 2012 yılında onay olarak akredite olmuş JCI- USB hizmetleri modülü ile bağımsız yaşaması mümkün olmayan her yaştaki bireyler için oluşturulmuş yerleşim yerlerinde yani USB hizmeti veren organizasyonlarda, rehabilitasyon, psikiyatrik bakım, cerrahi sonrası bakım, travma sonrası bakım vb. gibi hizmetlere ihtiyacı bulunanlara, farklı kalış sürelerinde ve çeşitli derecelerde sağlık-bakım hizmeti verildiğini ve bu merkezlerin akreditasyonunu yaptığı ilan etmiştir. “JCI-Uzun Süreli Bakım” standartlarında uluslararası hasta güvenliği hedefleri;

1. Bakım hizmeti alanın (sakinin) doğru tanımlanması,
2. Etkili iletişimi geliştirme,
3. İlaç güvenliğini geliştirme,
4. Doğru uygulama, doğru prosedür, doğru sakın operasyonu (evde bakım dahil değil),
5. Kuruluş mikrobuna karşı risk azaltma,
6. Hatalardan kaynaklı sakine zararı azaltma ve el hijyeni

olarak ele almıştır (JCI, 2015). JC kalite güvence sistemi, USB kalite akreditasyon çalışmalarındaki amacını sağlık/bakım hizmetlerinde problemlili alanlara ışık tutmak ve problemlere kanıta dayalı, uzman görüşlerine bağlı kalarak çözümler bulmak olarak açıklamıştır.

1.8.3. Uzun Süreli Bakımda Kullanılan Diğer Kalite Belgelendirme Mekanizmaları

Akreditasyon sürecinin genellikle bakım hizmeti verenler tarafından öz değerlendirmeyi, bakım hizmetlerini belirlenen akreditasyon standartlarına göre gözden geçirmeyi ve bu standartlara karşı süregelen performansın izlenmesini içerdiği ifade edilmiştir. Akreditasyon yapan kurumları akredite eden ISQUa, belgelendirme ile çalışan kurumlar olduğu gibi ve ulusal akreditasyon organlar tarafından çalışan USB hizmetleri de bulunmaktadır (OECD, 2013). JCI -USB kalite belgelendirmesi dışında ISQUa'dan onaylanmamış ancak Avrupa'da yaygın olarak bulunan bakım kalite standart ve akreditasyonuna ilişkin çalışmalardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

1.8.3.1. *Hollanda Bakım Kalite Çerçevesi ve Tüketici Kalite Endeksi*

Uluslararası kalite akreditasyon sistemi olarak değerlendirilebilecek “Sorumlu Bakım Kalite Çerçevesi ve Tüketici Kalite Endeksi” (Quality Framework For Responsible Care And The Consumer Quality Index-QFRC) Hollanda'da geliştirilmiştir. Sağlık Araştırma Enstitüsü (Netherlands Institute For Health Services Research- NIVEL) ve diğer birçok kuruluş, sağlıkta kullanıcı deneyimini ölçme, analiz etme ve raporlama için standart bir sistem olarak Tüketici Kalite Endeksi'ni (Consumer Quality-CQ Endeksi) kullanmıştır. Enstrümanın kısmen Amerikan Sağlık Hizmet Sunucuları ve Sistemlerin Tüketici Değerlendirmesi (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems-CAHPS) dayandığı görülmüştür. İlgili anketlerin, bakım hizmeti alanların neyi önemli

buldukları ve deneyimlerini nasıl derecelendirdikleri konusunda bilgi verdiği ifade edilmiştir. Anketler, akredite edilmiş dış kurumlar tarafından standartlara ve yönergelere uygun olarak yürütülmekte olup Hollanda yasaları gereği, her sağlık – bakım kuruluşu iki yılda bir kez değerlendirme yaptırmak zorunda bırakılmıştır. Sonuçların, müşterilerin menfaatlerini temsil eden sağlık sigortaları veya sağlık hizmetleri müşteri organizasyonları, özel sigortalar, satın alınan hizmetlerin kalitesini değerlendirmek isteyen yöneticiler, performanslarını iyileştirmek isteyen profesyoneller, kamu otoriteleri ve izleme ajansları tarafından kullanıldığı açıklanmıştır (OECD, 2013). Hollanda’da sağlık ve USB kuruluşlarının kaliteli bakım sağlamasına dair ölçülebilir göstergeler sunan CQ Endeksi, QFRC’nin önemli bir bölümünü oluşturmuştur. QFRC'nin sonuçları bir web sitesindeki her organizasyon için kamuya açıklanma yapılması öngörülmüştür. Böylece sonuçların çevrimiçi olarak sunulması, verilerin şeffaf olması ve kuruluşların performanslarını artırmak için teşvik edilmesi amaçlanmıştır. QFRC’nin hizmet etmesi gereken birden fazla hedef, idari yük ve kalite iyileştirme yükümlülüklerinden dolayı sınırlı uygulandığı, bu nedenle eleştirildiği ifade edilmiştir (Leichsenring ve diğerleri, 2013).

1.8.3.2. Hemşirelikte Kalite Geliştirme için Alman Ağı

Almanya’da akreditasyon sistemi olarak değerlendirilebilecek “Hemşirelikte Kalite Geliştirme için Alman Ağı” (*The German Network For Quality Development In Nursing- DNQP*) akreditasyon sistemi akademisyenlerin yanısıra alanda çalışan uzmanlardan oluşmuştur. Akreditasyon sisteminin geliştirilmesi proje ekiplerinin çalışmaları ve konferanslarda fikir alışverişleri ile yapılmıştır. Bakım Kalite standartların geliştirilmesi aşamalı bir metodolojiyi izlemiştir. Sonuç olarak, standartlar güncellenmekte ve bir model olarak uygulanmaktadır. Tıbbi kurallara ek olarak, disiplinler arası çalışmanın temeli oluşturulmuştur. Akreditasyon sisteminin, yurtdışındaki kuruluşlar ve ağlar ile yakın işbirliği içerisinde çalışması da öngörülmüştür (OECD, 2013). Almanya’da DNQP-2011 akreditasyon sistemi ile sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili yedi kanıta dayalı standartlar geliştirmiştir. Bunlar; bası ülserlerinin önlenmesi ve bakımı, düşmelerin önlenmesi, üriner inkontinansın önlenmesi, kronik yaralara maruz kalmış kişilerin bakımı, yeterli beslenmenin sağlanması, taburculuk yönetimi, ağrı yönetimi konularında geliştirilmiştir.

1.9. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ VE İSTİSMAR

Yaşlılar için politika belgelerinde öne çıkan önemli konularından biri yaşlıların ‘ihmal ve istismardan korunması’dır. Yaşlıların İstismardan korunması, özellikle mental probleme sahip yaşlıların daha fazla risk altında olmasından dolayı üzerinde durulan bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşlılara sunulan bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi bir konudur. **BM-2002 Madrid Yaşlılık eylem Planında (MIPAA)** her yaşlı için ‘yaşam kalitesini her yaşta sağlamak, sağlıklı ve esen olarak bağımsız yaşamak’ amaçları deklare edilmiştir. Aynı zamanda 2012 yılında Viyana Bakanlar Bildirgesi’nde de ‘yaşlıların her türlü önyargı, ihmal, istismar ve ayrımcılıkla mücadelede haysiyeti koruma’ özel başlık olarak ele alınmıştır.

Uluslararası “Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu” ve DSÖ Toronto Deklerasyonu’na göre yaşlı istismarın; “güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması”, “yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” veya “belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanmıştır. Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılayamamasıdır. Ayrıca yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması veya yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (Keskinoglu ve diğerleri, 2004). Yaşlıya yönelik şiddet ise genel olarak ileri yaşlarda (75 ve üzeri) rastlanan bir şiddet türü olarak karşımıza çıkabilmektedir (Koştu, 2005).

Lök (2015), bu alanda yapılan en geniş çalışma olarak; Ergin’nin (2012) 756 kişi üzerinde yaptığı çalışmasını işaret etmektedir. Bu çalışma; yaşlıların (% 14,2’si 12 ay içinde bir / 59 kişi birden fazla istismar ve ihmal) herhangi tipte ihmal ve istismara maruz kaldığını bu kişilerin % 8,1’inin psikolojik, % 7,6’sının ihmal, % 3,5’inin ekonomik, % 2,9’unun fiziksel, % 0,4’ünün cinsel istismara maruz kaldığını ortaya koymuştur. Çalışmada, istismar gören yaşlıların % 68,1’inin çocukları, % 12,9’unun eşi ve % 9,5’inin kardeşleri tarafından istismar gördüğü bildirilmiştir. İstismarın daha çok

kadınlara yapıldığı (psikolojik % 10,1, ihmal % 9,6), erkeklerin nispeten daha düşük oranda (psikolojik % 6,2, ihmal % 5,7) psikolojik istismar ve ihmale maruz kaldığı görülmüştür. Bu durumun, araştırmaya katılanlarda sosyal güvencesi olmayanlarda, fiziksel engeli olanlarda ve geniş ailede yaşayanlarda olduğu tesbit edilmiştir. Çözüm yolları sorulduğunda; yaşlıların % 39,7'si devletin yaşlılarla daha fazla ilgilenmesini bekledikleri belirtmiş, % 22,8'inin gençlerin yaşlılarla ilgili duyarlılıklarının artırılmasının önemsendiği ortaya çıkmıştır. İhmal ve istismarın geniş ailede görülme durumu olmasına rağmen yaşlıların % 8,8'i bakım ihtiyacını karşılamasını kendi ailelerinden beklediği, sadece % 2,9'u gerekli durumlarda huzurevlerinde kalabileceklerini belirtmişlerdir (Lök, 2015). Türkiye'de yaşlı istismarıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; yaşlıların % 26,6'sının fiziksel istismara uğradığı, istismarı yapanların yakın akrabalarından oluştuğu ve % 6,72'sinin yaşlıdan rahatsızlık duyduğu, bu durumu diğer kişilerle paylaşmadıkları görülmüştür (Artan , 2013).

BM'ye göre yaşlılara yönelik istismar ve ihmal vakalarının büyük bir kısmı, evde ya da kurumda yaşlıların GYA bağımlı olmaları halinde meydana gelmektedir. Bakım hizmeti alanların ihmal, fiziksel-cinsel taciz ve finansal - psikolojik - duygusal istismar gibi tehlikelere açık olduğu vurgulanmıştır. Kimi zaman 'normal uygulama' olarak görülen bazı durumların, yaşlı kişilerin haklarını ihlal olduğuna ve yaşlıların zorlandığına işaret etmektedir. Bu ihmallere örnek olarak; kısıtlamalar, kapı kilitleme, sosyal izolasyon, ilaçların uygun olmayan kullanımı ve zaman aşımına uğramış programların uygulanması gibi durumlar örnek olarak verilmiştir (UN, 2016). Yaşlı istismarının giderek görünür hale gelmesine önemli etken yaşlı nüfusun hızla artması olarak gösterilmiştir. Nüfusun yaşlanma hızı göz önüne alındığında Türkiye'de de önümüzdeki süreçte yaşlı istismarının bir risk unsuru olabileceğine dikkat çekilmiştir (Lök, 2015) .

Diğer taraftan, yasal olarak istismar vakalarının bildirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, kurumlar arası koordinasyon yetersizliği, kuruluşlarda sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire vb. uzman personelin eksikliği, istismar ve ihmalin tespitini zorlaştıran nedenler arasında sayılmıştır. Mülga ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bakanlığın 2013-2017 Stratejik Planı temel hedefleri içinde yer alan "Toplumsal İstismarı Azaltmak" çalışmaları çerçevesinde, "Huzurevlerine

Yerleştirilen Yaşlıların Yerleştirme Nedenleri Arasında İhmal ve İstismar Oranına İlişkin Durum Tespit alışması” kapsamında rapor hazırlanmıştır. Hazırlanan bu “Yaşlıların Durum Tespit alışması Sonuç Raporu”na göre 2013 yılında 2114 ilk defa hizmet almaya başlayan yaşlıların 1793 yaşlı kendi isteği ile huzurevine gelirken 111 yaşlı istismar, 210 yaşlı ise ihmal nedeni ile yerleşmiştir. 2014 yılında ise ilk defa hizmet almaya başlayan 2778 yaşlının 2326’sı kendi isteği, 175’i istismar, 277’si ihmal nedeni ile yerleşmiştir. Huzurevlerine 2015 yılında ilk defa yerleşen 2299 yaşlının, 2093’ kendi isteği, 51’i istismar, 155’i ihmal nedeni ile hizmet almaya başlamıştır. 2016 yılında ise 3266 yaşlının ilk defa hizmet almaya başlamış 2943’i kendi isteği, 72’si istismar, 251’ ihmal nedeni ile hizmet almıştır. 2017 ilk altı ayı için olan verilerde 1474 kendi isteği, 59 istismar, 141 ihmal nedeni ile olmak üzere 1674 yaşlı hizmet almaya başlamıştır (ASPB, 2018 b).

Veriler değerlendirilirken kadınların erkeklerden daha düşük oranda huzurevlerine yerleşmektedir. 2013 istismar nedeni ile yerleşenlerin % 56,8’i kadın, ihmal nedeni ile yerleşenlerin % 43,8’i kadındır. 2014 yılında kadın oranı % 63,4, ihmal nedeni ile yerleşen kadın oranı % 45,8’dir. 2015 yılında istismar nedeni yerleşen kadınların oranı % 68,6, ihmal nedeni ile hizmet almaya başlayanlar içinde kadınları oranı % 41,3’dr. 2016 yılında kadınlarda istismar oranı %66,7 iken ihmalde kadınların oranı % 47 olmak üzere her yıl oranlar değişmiştir (ASPB, 2018 b). Bakanlık tarafından toplumda yaşlı ihmal ve istismarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması planlanmış olup ‘Alo 183 Sosyal Destek Hattı kurulmuştur. Bu alışma ile görülüyor ki yaşlılarda ihmal ve istismar, kurumlara bakım hizmeti için başvuru nedenleri arasında bulunmaktadır. Bakanlığa bağlı huzurevlerinde yapılan bu çalışma yaşlı bireyler bu durumla karşı karşıya kaldığında bulunan bir çözüm olarak ortaya çıkmaktadır. Buna rağmen toplumda ihmal ve istismara uğrayan yaşlıların hepsinin devletin USB hizmetinden yararlanmadığı tahmin edilmektedir (ASPB, 2016 a).

II. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Demografik değişim, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlanmayı dikkate alan sağlık ve sosyal hizmet alanlarının gelişimini hızlandırmıştır. Ülkeler, giderek yaşlanan nüfusun karşısında aktif yaşamı ve yaşam kalitesini odağına alan ulusal ve uluslararası politikalar üretmek durumunda kalmıştır. Belirlenen politikalarda ise sürdürülebilir ve erişilebilir sağlık ve sosyal hizmet sistemlerini güçlendirmek için global aynı zamanda da yerel kültürü dikkate alan uzun süreli bakım (USB) sistemlerini kurgulaması çabası bulunmaktadır.

USB hizmetleri; DSÖ tarafından öne sürülen Uluslararası fonksiyonel sınıflandırmaya (ICF-The International Classification Functioning) göre “İşlevsellik, Yetiyetimi ve Sağlığın Uluslar Arası Sınıflandırılması” (The International Classification of Health Interventions-ICHI) ile yaklaşımında olduğu gibi yaşa, hastalığa ya da engele bağlı biyo-psiko-sosyal alanlarında desteklenmesi gereken alanlar belirlenmektedir. Bu alanlar yeti yitimi yani bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş gücü görememe halini, temel yaşam faaliyetlerini aksatan, hukuki ve klinik yönlerden önemi olan bir durumunu nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal yaşama katılımında bağımlı olan bireylere verilen hizmetler bütünü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyada bakım hizmetlerinin daha fazla gündeme gelmesinin nedeni ise artan yaşlı popülasyonu ve ortaya çıkan ihtiyaçlardır. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte kronik hastalıklar, özellikle yaşlılıkla ortaya çıkan Alzheimer hastalığının da görülme sıklığıdır. Alzheimer hastalığı, mental bozuklukla birlikte sosyal hayattan kopuş ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede hastalık seyrine bağlı olarak bağımlı hale getirmesi, bakım yükünü artırmasıyla dikkat çekmektedir. Tezin bundan sonraki bölümünde detaylı açıklamalar bulunan Alzheimer hastalığı, özellikli tedavinin yanında bakım hizmetine ihtiyaç duymaları nedeniyle ele alınmıştır.

Bu bölümde, Türkiye’de USB hizmetleri kapsamında oluşturulan politikalar ve strateji belgeleri ve Alzheimer hastaları özelinde alınan kararlar taranmıştır. Ayrıca, Türkiye’de USB kapsamında mevcut durum ve politikalar doğrultusunda gerçekleşen hizmetler ortaya konmuştur. Yaşlılığa ve USB ilişkin kavramlar ele alınmıştır. Türkiye’nin demografisi, aile yapısı ve yaşlılara özel hizmetlerin istatistikleri incelenmiştir. Yaşlıların bakım ihtiyacı ve bakım hizmetine yönlendirilmeleri bakım hizmetinde çalışan profesyoneller, fiyatlandırması ve finansmanı yer almıştır. Bu bölümde son olarak, Türkiye’de USB hizmetleri kalite çalışmaları incelenmiştir. USB hizmetleri kapsamında gündemde olan bakımda bilgi iletişim teknolojileri (BİT) kullanımı ve sağlık turizmi/bakım ve rehabilitasyon turizmi konuları ele alınmıştır.

2.1. TÜRKİYE’NİN UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ POLİTİKASI

Türkiye’de yaşlıların bakım ihtiyacının karşılanmasına ilişkin politikaların belirlenmesinde hak temelli yaklaşım etkili olmaktadır. Türkiye’de USB politikaları kapsamında, 2828 Sosyal Hizmetler Temel Kanunu ve 2011 Tarih ve 633 Sayılı Mülga ASPB KHK gereği, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin organizasyonunda AÇSHB’nin aktif rol aldığı, SB’nin ise yaşlı sağlığını geliştirme görevi ile destekleyici olduğu görülmektedir. Türkiye’de, AÇSHB’nin belirlediği ve uyguladığı yaşlılık ve USB politikalarını, uluslararası çalışmaları izleyen bir yaklaşımla ülke şartlarına uygun olarak geliştirdiği anlaşılmaktadır.

Toplumun sosyal ve ekonomik yapısı yanı sıra kaynaklarını yaşlılara ayırmadaki cömertliği/cimriliği, yaşlanmanın getireceği çeşitli yükleri hafifletebilir ya da ağırlaştırabilmektedir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde; Türkiye’de de bu alana ayrılan kaynakların ve kurumsal kapasitenin yetersiz, eşitlik perspektifinden yoksun ve aile veya toplum temelli mekanizmaları öne çıkaran bir kurgu içinde olduğu görülmektedir. Yeni değerler sisteminin yalnızlaştırdığı yaşlı bireyler, azalan fiziksel kapasiteleri, sosyal ve ekonomik kaynaklarındaki yoksunlukları bunun yanında

kamunun destek ve korumasından mahrum kaldıklarından dolayı toplumun en kırılgan nüfusları arasında yerlerini almaktadır (Ergin, 2016).

Yaşlılara yönelik refah uygulamalarının bir hak mı yoksa bir minnet duygusu mu olması gerektiğini gündeme getirmektedir. Yaşlıların gerek yoksulluğa maruz kalabilmeleri gerekse yaş ayrımcılığı ve sosyal dışlanmışlık sonrasında psikolojik yoksunluk denilebilecek bir hâl içine düşebilmeleri sonrasındaki sosyal politika çözüm talepleri, bir minnet duygusu içinde değil de yaşlının bizzat bir hakkı olarak algılanmak durumundadır. Zira yaşlı olmaktan kaynaklanan sorunlara çözüm üretilmesi sosyal politika aktörleri için bir görev, bu çözümlerin uygulanmasını görmek isteyen yaşlılar için de bir “hak”tır. 2022 Sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun”a göre, Türkiye’de bunun bir “hak” olması gerektiğini hatırlatan bir adım olması bakımından önemlidir; ancak bu adım yaşlı merkezli olmayı sağlayacak kadar da kuvvetli değildir (Taşcı, 2013).

Bu noktada “yaşlılık politikası” ve “yaşlılar politikası” kavramlarını ayırt etmek gerekmektedir. Yaşlılık politikaları, nüfusun tamamını kapsarken, yaşlılar politikası o günkü yaşlılara yönelik politikaları içermektedir. Yaşlılık politikaları yaşlanan insanlara, yani çocuklara, gençlere ve orta yaşlılara göre tasarlanmalıdır. Bunun yanı sıra, yaşlanmış olan, hasta, engelli ve yoksul yaşlıları koruyan, gözeten ve yaşam sevincini artıran ve en az yaşlılık politikaları kadar yaratıcılık gerektiren yaşlılar politikalarını hayata geçirmek gerekmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010). USB hizmetleri ise yaşlılar için en önemli politika unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de yaşlılar politikaları ve uygulamalarına bakıldığında, bakımın ailenin görevi olarak görüldüğü, bakım maliyetlerini kaldıramayan ya da bakacak kimsesi olmayan bakıma muhtaç kişilerin bakımını devletin üstlendiği görülmektedir. Bu yaklaşımların tarihsel bir geçmişe sahip olduğu, inanç ve gelenekler gereği yardımlaşma kültürüne dayalı bakım hizmeti verilmiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde bakım hizmeti, 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından yürütülmüştür. Cumhuriyet Türkiye’sinde kamu kuruluşları, hayır kurumları kurulmaya başlanmıştır. 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 Sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere; bakıma muhtaç

bireyleri koruma, yaşlı evleri yapma-yönetme yükümlülüğü getirilmiş, farklı illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı kuruluşlar açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar, gerçek ve tüzel kişilikler (özel teşebbüs) de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı kuruluşlar açmıştır (Kocaoğlu, 2012).

Yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak ve bakım hizmetlerini vermek üzere 1963 yılında, 225 Sayılı “Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanunu” ile “Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. Daha sonra ise 1983 tarihinde 225 Sayılı Kanunun ilgili maddeleri değiştirilerek, 2828 Sayılı Kanun ile katma bütçeli ve kamu tüzel kişiliğine sahip Mülga “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” (SHÇEK) kurulmuştur. Bu kanunla; korunmaya, bakım ya da yardıma muhtaç sadece yaşlılar değil aile, çocuk, engelli ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetler ve bu kapsamda yapılan faaliyetlerin düzenlenmesi amaçlanmıştır. SHÇEK Genel Müdürlüğü kurulduktan sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlanmış, 1989 tarihinden itibaren ise Başbakanlığa doğrudan bağlı olarak çalışmıştır (ASPB, 2012). Başbakanlığa bağlı yürütülen sosyal yardımlar ile sosyal hizmetler 2011 Tarih 633 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan Mülga “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-(ASPB)”ye devredilmiştir. Aileyi güçlendirme amacıyla politika oluşturma görevi olan Bakanlık bünyesinde, 6 genel müdürlükten biri olan “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü-(EYHGM)” oluşturulmuş, USB hizmetlerine ilişkin politika üretme ve hizmetleri yürütme sorumluluğu verilmiştir. Son olarak bu görevi, 10.Temmuz.2018 Tarih ve 1. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile “Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-(AÇSHB)” tarafından yürütülmektedir. Daha öncesinde yayınlanan ve AÇSHB sorumluluğunda olan belli başlı politika belgeleri aşağıda yer almaktadır.

ASPB-Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı

Türkiye’de 2011 yılından itibaren yaşlılığa ve USB’ye ilişkin politikalara yön veren ve Mülga SHÇEK hazırlanan ve Mülga ASPB döneminde uygulanan (2004) strateji belgesi, ulusal eylem planları ve uygulama programlarıdır. Bu kapsamda ilk yayınlanan çalışma, 2004-2005 yıllarında hazırlanan ‘**Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı**’dır. Plan, Devlet Yüksek Planlama Kurulu tarafından

2007 yılında kabul edilmiştir (DPT, 2007). Eylem planında; yaşlıların hastalıklardan korunması ve sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık hizmetleri, acil tedavi, rehabilitasyon, psiko-sosyal destek, USB ve palyatif tedavi de dahil olmak üzere, çeşitli hizmet alanlarında hizmetin devamlılığın sağlanması, gerekli kurumların ve koordinasyonun teşvik edilmesi kararları yer almıştır. Eylem planı kapsamında 2006 yılında başlayan evde bakım verenlere (enformel) “Evde Bakım Aylığı” diye adlandırılan sosyal yardımı hizmetleri başlamıştır.

ASPB-Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı

Yukarıda bahsi geçen Ulusal Eylem Planı hedefleri doğrultusunda oluşturulan ve 2011-2013 yıllarını kapsayan “**Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı**” 2011 yılında yayınlanmıştır. Türkiye’nin bakıma ait stratejisi olarak “bakıma muhtaç bireylere, ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinin verilmesi için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, kurumsal bakım hizmetlerinde eksikliklerin giderilmesi, bakım hizmetlerine yönelik eğitim programlarının yapılması, bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin geliştirilmesi” ve “bakım güvence sisteminin oluşturulması” hedefleri yer almıştır. Bu hedefler doğrultusunda çalışmalar başlatılmış, ilgili tarafların katıldığı toplantılar yapılmış ve “**Sosyal Güvenlik Sisteminde; Bakım Güvence Modeli Ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu**” 2013 yılında yayınlanmıştır. Bu raporda Türkiye’de bakım güvence sisteminin kurgulanması gerektiği, gerekçe olarak ise sürdürülebilir mali kaynak sorunu, evde ve kurumsal bakım hizmetlerinin yetersizliği ve tüm nüfusu kapsayan bir bakım güvence sisteminin bulunmaması gösterilmiştir (ASPB, 2012). Bu konuda çalışmalar devam etmesine rağmen rapor henüz uygulamaya konmamış, Türkiye’de bakım güvence sistemi oluşturulamamıştır.

ASPB-Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı-Uygulama Programı

Yine ASPB tarafından ikinci olarak; 2013-2015 yıllarını kapsayan “**Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı-Uygulama Programı**” hazırlanmıştır. Söz konusu uygulama programında yaşlılara yönelik USB hizmet modellerinin tanımlanması, kalite standartlarının belirlenmesi ve evde bakım

hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedefleri konmuştur. Yaşlı bireyler için geriatri hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kronik (Alzheimer, MS, Diyabet vb.) hastalığı olan, tedavileri uzun süreli yatakta kalmalarını gerektiren palyatif bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar için hastanelerle bağlantılı merkezlerin oluşturulması amaçlanmıştır. Bakım hizmeti verenlerin mesleki standartlarının belirlenmesi ve nitelik-nicelik olarak yaşlı bakım elemanı istihdamının artırılması hedefleri de yer almıştır. Uygulama programında yer alan faaliyet alanları; “yaşlılar ve kalkınma”, “yaşlılıkta sağlık ve refahın artırılması”, “yaşlılıkta olanaklar sunan destekleyici ortamların sağlanması” olarak belirlenmiş olup, bu alanlarda ilgili kurumların yaptıklarını içeren 6 aylık dönem raporlarını AÇSHB’na sunulması istenmiştir (ASPB, 2013 c).

Uygulama programı hedefleri doğrultusunda Mülga ASPB tarafından yapılan çalışmalardan bir diğer çalışma; USB hizmetlerinde kaliteyi artırmak amacıyla 2013 yılında başlatılan “**Bakım Hizmetleri Kalite Standartları**” (BHKS) çalışmasıdır. Kalite standartları, Bakanlığa bağlı açılan kamu ve özel bakım hizmeti sunan kuruluşları kapsamaktadır. AÇSHB’de USB hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmaları devam etmekte, izleme sistemi kurulması çalışmaları sürdürülmektedir. Uygulama programı hedefleri doğrultusunda son olarak, Mülga ASPB ve Mesleki Yeterlik Kurumu işbirliğinde protokolü gereği mesleki standartlar çalışılmıştır. Bu çalışma kapsamında hazırlanan “Engelli ve Yaşlı Bakım Elemanı”, “Engelli ve Yaşlı Bakım Koordinatörü” ve “Gerontolog” Meslek Standartları Tebliği, 2016 Tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. AÇSHB’nin, engelli ve yaşlı bireylere verilen USB hizmetlerinin kalitesini artırma amaçlı olarak ulusal meslek standartları oluşturulma süreci, USB alanında çalışan meslekler haritasında yer alan diğer mesleklerin standartlarının belirlenmesi hedefi ile devam etmektedir (ASPB, 2016 c).

KB-10. Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu

Türkiye’de USB alanını etkileyen bir diğer çalışma T.C. Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı kapsamında yapılan çalışmalardır. Plan için hazırlanan ve 2014 yılında yayımlanan “**Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu**”unda, yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımının sağlanması için hizmetlerin

çeşitlendirilerek yaygınlaştırılması ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliğinin artırılması hedeflenmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

ASPB-Stratejik Planı

10. Kalkınma Planı hedefleri doğrultusunda hazırlanan ve Mülga ASPB tarafından 2013-2017 yılları arasında uygulanan **ASPB Stratejik Planı'nda** USB'a ilişkin stratejiler belirlenmiştir. Planda yaşlıların ekonomik ve sosyal hayata daha aktif olarak katılmalarını sağlamak için "hizmet alan odaklı" olarak bakım, koruma ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi ve kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Yaşlıların evde bakım hizmetinden yararlanması, kurumsal bakım isteyenler için huzurevlerinin sayısının ve kalitesinin artırılması eylemi yer almıştır (ASPB, 2013 a). Stratejik Planda; USB hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracak arza dayalı sosyal hizmet müdahalesinin ve takibini sağlayacak Sosyal Hizmet Merkezi (SHM) yaygınlaştırılması, ortak veri tabanı için Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi uygulanması ve AÇSHB'nin merkez ve taşra teşkilatlarında bilgi sistemlerinin etkin kullanımı için AÇSHB Bilgi Sistemi Projesi programının uygulanması hedef olarak alınmıştır.

Ayrıca USB hizmetleri kapsamında evde bakım hizmetlerinin yerelde güçlendirilmesi için "Yaşlı Destek Programı" (YADES) oluşturulmuştur. Bu kapsamda Türkiye'de ikamet eden ve hizmete ihtiyaç duyan 65 yaş üstü yaşlıların korunması ve desteklenmesi için biyo-psiko-sosyal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyacı olanların, yaşadıkları mekânlarda gerekli olan hizmetlerin verilmesiyle, yaşamlarının kolaylaştırılması amaçlanmıştır. YADES kapsamında, yerel yönetimlerden gelen 2 yıl sürecek projeler için 2016 Yılı bütçesinde 4.125.000 TL ödenek ayrılmış, evde bakım hizmetlerini yaygınlaştırmak amacıyla projeleri kabul edilen 5 Büyükşehir Belediyesi (Kahramanmaraş, Kayseri, Trabzon, Şanlıurfa, Sakarya) uygulama kapsamına alınmıştır (ASPB, 2017 d). Proje, AÇSHB tarafından 2018 yılı içinde planlanmış olup proje duyurusuna çıkmıştır.

ASPB-Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi

Ayrıca Mülga ASPB tarafından 2015-2017 yılları arasında Avrupa Birliği'nden sağlanan ve 4.645.214 Euro bütçeli “**Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi**” yapmıştır. Bu projede, USB hizmetleri konusunda çalışmalar yapılmış, raporlar oluşturulmuştur. Proje kapsamında USB alanında ülke örnekleri incelenmiş, Türkiye’ye özgü USB hizmet modeli oluşturma çalışması tamamlanmıştır. Ayrıca Alzheimer Derneğinin katkıları ile Alzheimer dostu bakıma ilişkin bakım modeli tasarlanmıştır. Bu rapora göre Demans İhtisas Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri’nin açılması ile kurum ve kuruluşların “Demans Dostu Merkezler”e dönüştürülmesi önerilmiştir (Özbabalık ve Hüsseyin, 2015).

SB-Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı

10. Kalkınma Planı hedefleri doğrultusunda yapılan bir diğer çalışma ise SB tarafından hazırlanan ve 2015-2020 yıllarını kapsayan “**Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı**”dır. Planda, yaşlılarda kronik hastalıkların yönetimi ile engelli ve yaşlılar için politikalar geliştirilmiş, USB politikaları kapsamında evde sağlık hizmetleri sunulmasına önem verilmiştir. Bu planda; kronik hastalıklara bağlı sürekli bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan yaşlı sayısının azaltılması için gerekli önlemlerin alınması ve yaşlı bakım maliyetlerinin düşürülmesi hedefleri oluşturulmuştur. Ayrıca yurt dışında yaşayan yaşlı vatandaşlarımızın yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ülkemizde alabilmesine yönelik çalışmalar hedeflenmiştir. Planda, yaşlılıkta Alzheimer hastalığı dahil demans, nöropsikiyatrik, geriatrik psikiyatri hastalıkları ve bu durumda yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularına yönelik hedef ve stratejiler ayrı bir başlık altında ele alınmış ve göstergeler belirlenmiştir (SB, 2015).

SB yayınladığı bu **Plan** kapsamında dolaylı olarak engelli ve yaşlıları yakından ilgilendiren çalışmalar da yapılmıştır. Bunlardan biri hastanelere bağlı Palyatif Bakım Merkezleri’nin açılmasıdır. Aşağıda daha detaylı bilgi verilecek olan Palyatif Bakım Merkezleri, 2015 Tarih ve 253 Sayılı “Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi” ile hastanelerde açılmıştır (SB, 2017 a). SB tarafından yapılan ilgili diğer çalışmalar ise

“Kronik Obstrüktif Hastalıklarda Bakım Hizmetleri” ve “Obeziteyi Önleme ve Aktivite” gibi çalışmalardır (SB, 2016 b).

Ayrıca **Planın** çıktılarında biri olarak SB, evde sağlık hizmetleri vermek amacıyla 2015 tarih ve 29280 Sayılı “**Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik**” yayınlamış ve kamu ve özel hastanelerde evde sağlık birimleri açmıştır (SB, 2017 b). SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından açılan birimler, 2017 yılında SB organizasyonunda yapılan değişiklikle Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne (KHGM) devredilmiştir. Yönetmelik gereği ASPB, yerel yönetimler ile SB arasında evde sunulan hizmetlerin işbirliği içerisinde yürütülmesine dair illerde Valilik düzeyinde işbirliği protokolleri yapılmıştır. Bakanlık düzeyinde ise SB ve Mülga ASPB arasında 2015 yılında evde sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin bir arada yürütülmesinin sağlanması için işbirliği protokolü imzalanmıştır.

Yine SB-Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planında yer alan hedeflere uygun, SB tarafından USB hizmetlerin tanımlanması ve Türkiye uygulaması konusunda bir rapor hazırlama çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışma kapsamında DSÖ ile birlikte SB - THSGM, üniversiteler, Mülga ASPB, Mülga ÇSGB, Kalkınma Bakanlığı, yerel yönetimler, özel sektör, paydaş kurumları katılmıştır. Rapor içeriği ve **‘Türkiye’de Uzun Dönemli Bakım**’ çerçevesi üzerine Mayıs 2017 tarihinde çalışılmıştır. Raporda;

- ✓ USB hizmeti verirken ilgili bakanlıklar (AÇSHB-SB) arasında multidisipliner yaklaşım olmamakla birlikte, SB evde sağlık ekiplerinin multidisipliner hizmet yaklaşımıyla hizmet sunduğu,
- ✓ Taburculuk sonrası sunulan rehabilitasyon hizmetlerindeki kapasite ve sağlık personel sayısında yetersizlikler ve mevzuattaki sınırlılıklar nedeniyle hizmet aksaklıklarının olduğu,
- ✓ USB hekimlik hizmetlerinin; hastanede uzman hekim, evde aile hekimi, huzurevinde ise pratisyen hekimlerce (yetersiz sayıda) yapıldığı,
- ✓ Evde sağlık hizmetleri tanımlanmış olsa da, USB’ a ilişkin tanımlama gerçekleştirilmediğinden hizmet sunumuna ilişkin organizasyonun yetersiz olduğu, Bakanlıkların verdiği hizmetlerin karşılıklı olarak yeterince tanınmadığı,

- ✓ Vaka yönetiminin standart protokoller çerçevesinde yapılmayıp mesleki deneyimle gerçekleştirildiği,
- ✓ USB kapsamında değerlendirilen evde sağlık ve palyatif bakım hizmetleri personeline hizmet içi eğitim verildiği,
- ✓ USB'a erişimde yaşlı yoksulluğu, eğitim düzeyinin düşük olması, iletişimsizlik, bölgesel farklılıklar, kır-kent ayrımı ve toplumsal cinsiyetin etkili olduğu,
- ✓ Palyatif bakım (fonksiyon kaybının söz konusu olması vb.) ve hospis bakımının, terminal dönem bakımını içermesinden dolayı her ikisinin de USB hizmetleri kapsamında değerlendirildiği,
- ✓ SB ile SGK arası koordinasyon yetersizliğinin USB hizmetlerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (SB, 2017 a).

AÇSHB-Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi

Son olarak, yaşlılık politikalarına ilişkin ulusal ve uluslararası gelişmelere dayalı aktif yaşlanmaya ilişkin Mülga ASPB tarafından çalışılan ve henüz yayınlanmayan '**Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi**'dir (2018-2023). 2015 yılında başlayan çalışma, Türkiye'nin üyesi olduğu ve yönetiminde yer aldığı BM - AEK (Avrupa Ekonomik Komisyonu) "Yaşlılık Çalışma Grubu" kararları gereği Bakanlık ve ilgili kurum - kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerçekleştirilmiştir. Strateji belgesinde yaşlı bireylerin bağımsızlığı, toplumsal hayata tam katılımı, bakım hizmetlerine erişimi, kendini gerçekleştirme için fırsat eşitliğinin sağlanması ve itibarlarının korunmasına yönelik tedbirlere yer verilmiştir.

AÇSHB tarafından yürütülecek olan "Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi" DSÖ tarafından 1990'ların sonlarına doğru geliştirmiştir. Bu kapsamda belgede toplumdaki her yaştaki bireylere yönelik sağlık, katılım ve güvenlik konusundaki fırsatların en üst düzeye çıkarılması süreci olarak tanımlanan "aktif yaşlanma" kavramı ile insanların yaşlandıkça yaşam kalitelerini iyileştirmek amacına ulaşılması hedef olarak ifade edilmiştir. Aynı zamanda strateji belgesi, "yaşam kalitesi" odağında hizmet alanın seçimine saygılı, özerk ve onurlu yaşamın sağlanması yanısıra bireysellik, rahatlık, esenlik, güvenlik, anlamlı sosyal aktiviteler ve ilişkiler gibi "somut olmayan" faktörleri

(OECD, 2013) yakalamayı da amaçlamıştır. Bu kapsamda hazırlanan Strateji Belgesinde:

1. Yaşlı erişkinlere bakım veren yaşlılar için yaşlı dostu eğitim programlarının oluşturulması,
2. Yaşlılara yönelik aktüerya hesapları yapılmış bakım güvence sisteminin oluşturulması, bunun için fon sistemleri (sigorta) oluşturmaya yönelik çalışmaların yapılması,
3. Uzun süreli bakım hizmetlerinde entegrasyon ve koordinasyonu sağlayacak mevzuata ve uygulamaya ilişkin tedbirlerin alınması için;
 - ✓ Bakımda özel sektörün gelişiminin desteklenmesi,
 - ✓ Yaşlılara uygun konutların üretilmesi,
 - ✓ Evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
 - ✓ Kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi,
 - ✓ Yaşlılara yönelik tedavi ve bakım hizmetlerinde kalite standartlarının uygulanması,
4. Terminal dönemdeki hastalara palyatif bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlamak ve yaşamın son dönemlerinde olan yaşlıların psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olmasını sağlamaya yönelik tedbirlerin alınması,
 - ✓ Palyatif bakımda, bakım elemanlarının yeterliliklerinin arttırılması,
 - ✓ Yaşamın son dönemlerinde manevi bakıma erişimin sağlanması,
5. Demans/Alzheimer hastası yaşlıların tıbbi bakımlarının sağlanması, yeni gelişen tıbbi gelişmelerden yararlandırılması ve sosyal içermeye yönelik önlemlerin alınması,
6. Adli süreçte olan (tutuklu) yaşlıların sağlık ve bakım hizmetine erişimlerinin geliştirilmesi,

hedefleri yer almıştır. Bu konularda kamu kurum ve kuruluşları, akademisyenler, ilgili STK ve diğer paydaşlar için eylemler hazırlanmıştır (ASPB, 2017a).

KB-11. Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu

KB'nın 2018 yılında toplanan "Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu" raporuna göre On Birinci Kalkınma Planı döneminde (2019-2023) öngörülen ana strateji; aktif yaşlanma ve yaşlıların yaşam kalitesine ilişkin politikalar ve uygulamaların gerçekleştirilmesi,

hizmete ihtiyaç duyan yaşlıların yaşadıkları ortamda desteklenerek evde bakım, gündüzlü bakım hizmetlerinin geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Aktif yaşlanma kapsamında yaşlıların korunarak desteklenmesine yönelik hizmetlerin geliştirilerek kurum bakımı hizmetlerine olan ihtiyacın mümkün olduğunca azaltılarak yaşlıların yaşamlarını daha da kolaylaştırmak hedeflenmiştir. Bilgi iletişim teknolojilerinin yaşlılık alanında daha fazla kullanımının sağlanması, bakım güvence sisteminin oluşturulması, toplum temelli bakım (evde bakım, gündüzlü bakım vb.) hizmetlerinin etkinliği artırılması, işbirliği güçlendirilmesi önerileri gelmiştir. Komisyon; sağlık turizmi kapsamında 3. Yaş turizmi ve bakım ve rehabilitasyon turizminin geliştirilmesi çalışmalarına devam edilmesi, kurumsal kapasite geliştirilmesi, teşvikler etkinleştirilmesi önerilerini de dikkate almıştır. USB hizmetlerinde en fazla bakım yükü olan özel alanlarda (demans- Alzheimer hastalarına bakım gibi) özgün politika belgeleri oluşturulması ve stratejik planların çalışılması gerekliliği vurgulanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Tüm adı geçen politika belgeleri ve bu belgelerle ilişkili çalışmalar incelendiğinde, Türkiye’de USB hizmetlerini AÇSHB, SB, yerel yönetimler ve özel sektörün verdiği anlaşılmaktadır. Türkiye’de tam olarak USB sisteminden söz edilememesine rağmen USB hizmetlerini yönlendirici politika belgeleri gereği, kurumsal bakımın kalitesini artırma ve evde bakım hizmetlerin yaygınlaştırılma hedefleri bulunmaktadır. Özellikle yaşlıların bireysel isteklerine saygılı, kaliteli ve erişilebilir bakım hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Alzheimer hastaları özelinde belirlenen hedeflerin ise son yıllarda ayrıca dile getirerek ele alındığı dikkat çekmektedir.

Türkiye’de yaşlılık konusu, gündemde hak ettiği yeri henüz edinememiştir. Halen genç bir nüfusa sahip olması, Türkiye’nin dikkatini yaşlı nüfusun sorunları ve bunun olası toplumsal maliyeti hususlarına odaklanmasını önlemektedir. Oysa hâlihazırda Türkiye’deki yaşlı nüfusu, nüfusu yaşlanmakta olan küçük bir Avrupa ülkesinin yaşlı nüfusuyla eşit durumdadır. Dolayısıyla, yaşlı nüfusu, aslında Türkiye’de yadsınamayacak kadar büyük bir nüfustur. Maalesef ki bu nüfusun aktif olarak kendi haklarını savunacak kadar güçlü bir yapılanmaya sahip olmaması, kendilerini ülke politikasının içine eklemlendirmelerine engeldir (Dural ve Con, 2011).

Çolak ve Özer tarafından yaşlılık politikası olan aktif yaşlanma açısından geliştirilecek sosyal politikaların ulusal ve yerel düzeyde dikkate alınması, Türkiye açısından bireylerin yaşlılık sürecine uyumunu, topluma katılımını kolaylaştıracağı gibi bireylerin yaşam kalitelerini de olumlu yönde etkileyeceği dile getirilmiştir. Ancak Türkiye’de mevcut sosyal politikaların uygulanmasının önündeki finansal engeller aktif yaşlanma politikaları açısından da geçerli olduğu vurgulanmıştır. Özellikle Türkiye’deki yerel yönetimlerin yaşamakta olduğu borçlanma ve kaynak yetersizliği gibi etkenler, aktif yaşlanma politikalarının beklenenin altında gerçekleşmesine neden olacağı öngörülmüştür (Çolak ve Özer, 2015). Aktif yaşlanma; yaşlıların sağlıklı kalmalarına ve topluma katkıda bulunmalarına devam etmelerini sağlama hedefi içermektedir. Bu bağlamda aktif yaşlanma; giderek artan yaşlı bağımlılık oranlarıyla doğru orantılı bir şekilde artan bakım masraflarına ve emeklilik harcamalarına ve buna ek olarak yavaşlayan bir ekonomik büyüme ve azalan istihdam yapısına yönelik bir çözüm önerisi olarak değerlendirilebilir (Dericioğulları Ergun, 2017). Herşeye rağmen yaşlılık politikası yanında yaşlı politikasının gündemini özellikle USB hizmetleri ve bakım ihtiyacı almaktadır.

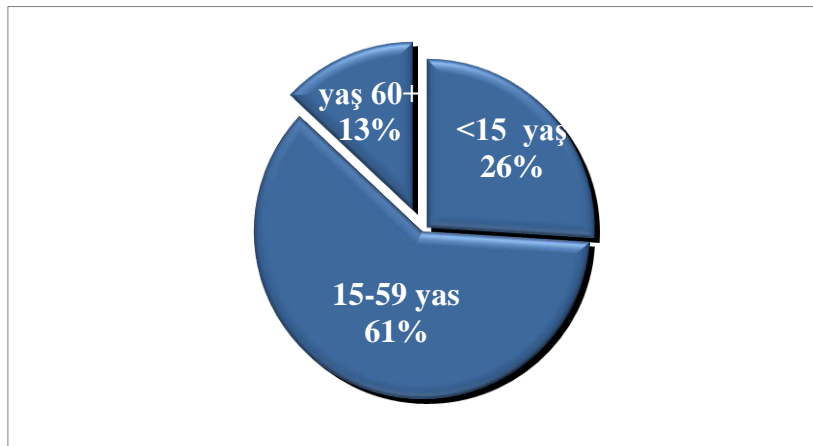
2.2. TÜRKİYE’DE BAKIM İHTİYACI

Bakım ihtiyacı heryaşta ortaya çıkması ihtimali olsada özellikle yaşlılık döneminde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık insanın doğumdan itibaren yaşadığı bir dizi gelişim evresinden biridir. Yaşlılık, fizyolojik bir olgu olup, kişinin fiziki ve ruhi yetilerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde giderek kaybetmesi hali olup fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak pek çok değişimin yaşandığı farklı güçleri barındıran bir etkileşim dönemidir (ASPB, 2017a). Ceylan (2015), yaşlı ve yaşlılığın psikolojik, duygusal ve sosyal yönden bireyin önceki özelliklerinden tamamen farklılaşması nedeniyle biyolojik gelişim evresinin ötesinde psikolojik ve sosyolojik yaşlılık olarak da kavramsallaştırılarak ele alınması gerektiğini söylemektedir (Ceylan, 2015). Bu süreç bakım ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bu bölümde Türkiye’de bakım ihtiyacında olan yaşlıları ortaya koyabilmek için dünyaya ve Türkiye’ye ait demografik bilgiler ile aile yapısı hakkında bilgi verilmiştir.

2.2.1. Nüfus İstatistikleri

Yaş, yaşlı, yaşlanma ve yaşlılık için tanımlar çeşitlenmekte, kültürden kültüre, toplumdaki topluma değişmektedir. Ancak yaşlılığın bir konu olarak toplumun gündemine girmesi ve farklı yaklaşımlar içinde tartışılmaya başlanması oldukça yakın sayılabilecek bir zaman dilimindedir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003). Yaşlılık kronolojik, biyolojik yaş ile tanımlanırken, yaş eşiğini belirlemek için ortak bir takvim yaşı kullanılmamaktadır. Yaşlılığı tanımlarken DSÖ kronolojik olarak 65 yaş ve üzerini “yaşlı” olarak tanımlarken BM yayınlarında 60 yaş ve üzeri olarak ele almaktadır. 65 yaş, bireyin emekliye ayrılması, sağlık ve sosyal güvencelerden yararlanmaya başlaması ile eşleştirildiğinden bu yaş sosyal ve ekonomik yaşlılığın da başlangıcı olarak ele alınmaktadır. DSÖ yaşlılığı, “yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinin azalması ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendi içinde de yaş boyutunda yapılan gruplamalara göre 65–74 arası yaşlar “genç yaşlılık”, 75–84 arası yaşlar “yaşlılık”, 85 ve üzeri yaşlar ise “ileri yaşlılık” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015a).

BM’ye göre dünya nüfusu ortanca yaşı, 30 olarak belirlenmiştir. Dünya üzerindeki yaş dağılıma bakıldığında, dünya nüfusunun % 26’sı 15 yaşın altındaki çocuk nüfustan, %61’i 15 ile 59 yaşlar arasındaki nüfustan ve % 13’ü de 60 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfustan oluşmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Dünyada Nüfus Dağılımı

Kaynak: UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017

Şekil 1’de görüldüğü gibi dünyada yaşlı nüfus 60 ve daha yukarı yaşlardaki nüfus %13 olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya nüfusunun % 8’i, 65 ve üzeri yaşlardaki insanlardan oluşmaktadır. Sayısal olarak 586 milyon olan 65 ve üzeri yaşlardaki nüfusun toplam nüfus içindeki payı çok gelişmiş ülkelerde % 18, daha az gelişmiş ülkelerde % 7, en az gelişmiş ülkelerde ise % 4’tür. 21. yüzyılın ilk çeyreği tamamlanırken dünya genelinde 1 milyar yaşlı olacağı tahmin edilmektedir. 2015-2030 yılları arasında, dünyada yaşlıların sayısının (60 yaş ve üzeri) % 56 oranında büyüyerek 901 milyondan 1,4 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (PRB, 2017).

Türkiye açısından bakıldığında, demografik yaşlanma veya nüfusun yaşlanması son on beş yılda ülke gündeminde yer bulmaya başlamış bir konudur. Türkiye, nüfus büyüklüğü 80 milyonun üzerine çıkmış bir ülke olarak, dünyanın büyük nüfuslu 20 ülkesi arasında yer alırken, Avrupa’nın da Almanya’dan sonra ikinci en büyük nüfusu olmuştur. Türkiye nüfusu 31 Aralık 2017 tarihi itibarıyla 80 milyon 810 bin 525 kişidir. Türkiye; binde 12,4 olan yavaşlamış nüfus artış hızı, doğumdan itibaren geçen 77 yıllık ömür ve nüfusun kendini yenilediği 2,1’lik doğurganlık seviyesi ile şekillenen, 65 ve üzeri yaşlardaki nüfusu % 8’in üzerine çıkmış ve yaşlanma sürecine girmiş ancak nüfusunun dörtte biri genç yaş grubunda olduğundan halen genç sayılabilecek bir nüfus profiline sahiptir (TÜİK, 2018).

Tablo 6. Türkiye Nüfusu ve Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki % Dağılımları

Yıl	Toplam Nüfus	Yaş Grupları (%)			Ortanca
		0-14	15-64	65 +	
1935	16 158 385	41,4	54,7	3,9	21,2
1940	17 820 950	42,1	54,3	3,5	19,6
1945	18 790 174	39,5	57,1	3,3	20,0
1950	20 947 188	38,3	58,4	3,3	20,1
1955	24 064 763	39,3	57,3	3,4	20,4
1960	27 754 820	41,2	55,2	3,5	20,3
1965	31 391 421	41,9	54,1	4,0	19,3
1970	35 605 176	41,8	53,8	4,4	19,0
1975	40 347 719	40,6	54,8	4,6	19,5
1980	44 736 957	39,1	56,1	4,7	19,0
1985	50 664 458	37,6	58,2	4,2	20,9
1990	56 473 035	35,0	60,7	4,3	22,2
2000	67 803 927	29,8	64,5	5,7	24,8
2016	79 814 871	23,7	68,0	8,3	31,4
2017	80 810 525	23,6	67,9	8,5	31,7
2018	81 867 223	23,5	67,8	8,7	32,0
2023	86 907 367	22,6	67,2	10,2	33,5
2040	100 331 233	19,3	64,4	16,3	38,5
2050	104 749 423	*	*	*	*
2060	107 095 998	16,9	60,4	22,6	42,3
2080	107 100 904	15,7	58,7	25,6	45,0

* TÜİK (2018) tarafından yayınlanan projeksiyon sonuçları arasında yer almayan bilgi

Kaynak: TÜİK, 2016; TÜİK 2017; TÜİK, 2018

Tablo 6'da görüldüğü gibi TÜİK yaşlı nüfus oranının 2012 ile 2017 arasındaki beş yılda % 17,1 arttığına dikkat çektiği haber bülteninde, 65 ve daha yukarı yaş nüfusun 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olduğunu belirtmektedir (TÜİK, 2016). Yaşlı nüfusun ileri yaş gruplarına göre paylarına bakıldığında, yaşlı nüfusun büyük bir oranının 65-74 yaşlar arasındadır. Yaşlı nüfusun 2016 yılında % 61,5'i 65-74 yaş grubunda % 30,2'si 75-84 yaş grubunda ve % 8,2'si 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır (TÜİK, 2016; TÜİK 2017; TÜİK, 2018). 65 yaş üzerindeki nüfusun yakın zamanda farklı istek ve ihtiyaçlarının yanında bakım hizmetine duyulan gereksinimleri, Türkiye gündeminde daha fazla yer alacağı öngürülebilir. Bakım konusunda Türk aile yapısının avantajları bulunmasına rağmen günümüz koşullarının getirdiği değişimlerde göze çarpmaktadır.

2.2.2. Türkiye’de Aile Yapısı

Türkiye’de aile yapısında önemli değişiklikler yaşanmasına rağmen geniş aile tipi fiilen geçerliliğini sürdürmekte olup işlevsel olarak aile ve akrabalık sistemi önemini korumaktadır. Akrabalar arasında karşılıklı yardım ve desteğin devam ettiği görülmektedir. Maddi desteğin yanında çocuk bakımında ana-babadan yardım istenmekte, yaşlı ana-babanın bakım ve geçim sorumluluğu yetişkin çocuklarına düşmektedir. Ancak, bireyler yaşlandıkça daha az çalışmakta, üretmekte ve kazanmakta olup ortaya çıkan sağlık problemleri ile çalışma hayatından uzaklaşma, emeklilik sonrası gelir düzeyindeki düşüş vb. gibi nedenlerle yaşlılık döneminde ekonomik sıkıntılar ve yoksullukla karşılaşabilmektedir (Ak, 2017).

Türkiye için artık değişen demografik yapı ile genç yerine “yaşlanmakta olan Türkiye” olarak tanımlamak yerinde olmaktadır. Bu yapı, her yaştaki yaşam beklentisinin artmasının bir sonucu olarak yakın gelecekte Türkiye nüfusunun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlı nüfusun bugünkünden daha yaşlı olacağını göstermektedir. Bu kapsamda yaşlı nüfusun bakımını ailenin sorumluluğuna bırakan geleneksel anlayışın yerine kurumsal bakımı öne çıkaran anlayışın gelişmesi beklenmektedir. Türkiye’de aile yapısında karmaşık yapılar (geçici geniş ve ataerkil geniş) yerine basit yapılara (çocuklu çekirdek, çocuksuz çekirdek, tek ebeveynli, tek kişilik) doğru gidiş olduğu görülmektedir. Bu sürecin 1950 yıllarında başlayan iç göç ile olduğu görülmektedir (HÜ, 2008). Türkiye’nin demografik yapısının dönüşmesi ve aile yapısının değişimi, yaşlıların bakımındaki dönüşümü de ön plana çıkarmaktadır.

Türk aile yapısında değişiklikler olduğu TÜİK’in yaptığı “**Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi-ADNKS**” verilerinden de anlaşılmaktadır. Verilere göre hanehalkı başına ortalama 3,9 kişinin düştüğü görülmektedir. Hanelerin yarısından biraz daha azında üç veya daha az kişi yaşamakta, dörtte birinde dört kişi çekirdek aile yaşadığı, % 29’unda geniş aile yapısı (beş veya daha fazla hane halkı üyesi) bulunduğu tespit edilmiştir. Geniş ailenin kentsel alanlardaki yüzdesi % 27 iken, kırsal alanlarda % 37 olduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2016).

ADNKS-2016 yılı sonuçlarına göre yaşlıların hanehalkı kompozisyonuna bakıldığında, toplam hanehalklarının % 5,4'ünü tek kişilik yaşlılar oluşturduğu görülmektedir. En az bir yaşlı bulunan hanehalklarının (toplam 22 206 776) hanehalkı içindeki oranı % 22,5'tir. Tek kişilik yaşlı hanehalklarının tek kişilik hanehalkı içindeki oranı ise % 36'dır (TÜİK, 2016). **Bu oranlara bakıldığında kurumsal bakım ihtiyacının gittikçe daha belirgin hale geleceği açıktır.**

TÜİK verilerine göre yaşlı nüfusun (toplam 6.651.503) % 80,6'sı aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Yalnız yaşayan yaşlı oranı % 17,9'dur, yalnız yaşayan bu yaşlıların da % 76,7'si kadın, % 23,3'ü erkektir. **Kurumsal yerlerde kalan yaşlı oranı % 0,4'tür.** Buna rağmen yaşlıların bakım ihtiyacına ilişkin düşünceleri sorulduğunda kendine bakamayacak kadar yaşlandıklarında yaşlıların yaşam tercihleri arasında kurumsal yaşam tercihi % 7,7'dir. Yaşlıların % 40,2'sinin tercihi çocuklarıyla birlikte yaşamaktır, % 38,6 evinde bakım hizmeti almayı (%13,5 bir tercih bildirmemiş) düşünmektedir (TÜİK, 2016).

Yaşlıların yoksulluk durumuna ilişkin “Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması” sonuçlarına bakıldığında, eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60'ına göre hesaplanan yoksulluk oranı, Türkiye geneli için 2016 yılında % 21,2'dir. Bu oran yaşlı nüfus için % 16,0 olmuştur. Yaşlı nüfusun yoksulluğu cinsiyet temelinde incelendiğinde kadınlar aleyhine bir durum söz konusudur; yoksul yaşlı erkek nüfus oranı 2016 yılında % 14,7 iken yoksul yaşlı kadın nüfus oranı % 17,0'dir. Aynı zamanda yaşlıların işgücüne katılım oranlarına bakıldığında “Hanehalkı İşgücü Araştırması” sonuçlarına göre, Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaşta işgücüne katılma oranı, 2015 yılında % 51,3 iken yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı % 11,9 olmuştur. Erkek ve kadın yaşlı nüfusun işgücüne katılımları da çok farklıdır. Yaşlı erkek nüfusta bu oran, % 19,9 iken yaşlı kadın nüfusta % 5,8'dir. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranı ise %2,4'tür. Hanehalkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre, 2015 yılında çalışan yaşlı nüfusun % 72,8'i tarım sektöründe, % 20,4'ü ise hizmet sektöründe yer almıştır (TÜİK, 2016). Yoksul yaşlıların bakıma muhtaç olarak kurumsal bakım hizmeti ya da sosyal yardıma ihtiyaç duyması beklenmektedir.

Bu verilere bakıldığında yaşlıların ekonomik olarak rahat olmadığı görülmektedir. AÇSHB verilerine göre, 2022 Sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” gereğince, muhtaç olduğu tespit edilen yaşlılara yapılan ödemelerden faydalanan yaşlıların sayısı 2016 yılında 620 bin kişi olup toplam yaşlı nüfus içindeki oranı % 9,3’tür. Yaşlı başına yapılan yıllık ortalama yardım tutarı 2 bin 548 TL’dir. AÇSHB Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü verilerine göre 2005 yılında 938.677 yaşlıya bu maaş verilirken, 2017 yılında 618.162 yaşlıya verilmiştir (ASPB, 2016 a).

2.2.3. Türkiye’de Yaşlıların Bağımlılık Düzeyi ve Beklentileri

Türkiye’de SB’nın 2013 hastalık yükü araştırmasına göre hastalık yükü azalmakta, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü artmaktadır. Aynı zamanda Türkiye’de ortalama yaşam süresi ve yaşlı nüfusun payı artmasından dolayı ihtiyaçlar da farklılaşmaktadır. Artan bulaşıcı olmayan hastalık yükü, sistemin uyumunu zorunlu hale getirmektedir.

Bunun için kişilerin bakım ve sağlık sonuçlarının kalitesini artırırken maliyetleride kontrol altına alınması için hastalılarda bütünsel bakım (integrated care) yaklaşımının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bütünel bakım yaklaşımında bakım standardizasyon uygulamalarının artırılması ve hastanelerin yükünün azaltılması için hastalık protokollerinin ve bakım planlarının tasarlanmalıdır. Uygun yerlerde yeni rollerin oluşturulması veya kaynakların yeniden tahsis edilmesi gerekmektedir. Tüm bakım hizmeti sistemi genelinde, klinik ve klinik olmayan alanlarda baştan sona maliyet optimizasyonu kullanılması ön görülmektedir (Çavlin ve diğerleri, 2009).

Bir başka açıdan aileye bakıldığında yaşlıların yaşam koşullarındaki değişimi ölçen son ve önemli çalışmalardan biri HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü ve DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) tarafından 2008 yılında yapılan “**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA**” **dir**. Bu çalışmada 65 yaş üzeri grubun yaşam kalitesi araştırılmış, bu kapsamda GYA bağımlılık düzeyi belirlenmiştir. Bu çalışmada bağımlılık düzeyinin 65-84 yaş grubuna göre 85 yaş üzerinde ciddi artış gösterdiği saptanmıştır (HÜ, 2008). HÜ 2013 yılında yeniden ve en son yaptığı TNSA çalışmasında yaşlılığa ilişkin veri derlememiştir.

Tablo 7. Türkiye’de 65 Yaş Üzeri Grubun GYA Bağımlılık Değerlendirmesi Oranları

GYA yardım ihtiyacı	Kolay %	Zor %	Yardımla %	Mümkün değil %
Yatağa yatmak/kalkmak	83.3	10.3	5.8	0.6
Giyinmek/soyunmak	84.7	7.4	7.3	0.6
Yemek yemek	92.7	3.9	3.0	0.4
Tuvalete gitme/kullanmak	87.3	6.8	5.3	0.7
Banyo yapmak	77.0	5.7	15.4	1.0
Yemek yapmak	65.4	13.0	6.1	15.5
Günlük ev işleri yapmak	55.2	17.7	8.2	18.9
Alış /veriş yapmak	58.7	12.1	10.6	18.6
Ev dışı diğer işleri yapmak	48.2	10.8	17.4	23.5
Şehir dışına yolculuk yapmak	46.9	13.0	23.8	16.2

Kaynak: TNSA 2008 (HÜ, 2008)

Tablo 7’ye baktığımızda 65 yaş üzerinde olan yaşlıların % 23’ü ev dışı işleri yapamazken, % 18,9’u günlük ev işlerini yapabilmekte, % 18,6’sı alış-veriş yapabilmekte zorluk çekmektedir. GYA bağımlılık gösteren grubun banyo yapmak (% 1,0), tuvalete gitmek (% 0,7), giyinmek-soyunmak (% 0,6), yatağa yatmak-kalkmak (% 0,6) ve yemek yeme (% 0,4) gibi yaşamsal öneme sahip işlevleri yerine getirmede bağımlılık gösterdiği belirlenmiştir. Değişen aile yapısında, ekonomik olarak kısıtlı bir grup olduğu gözükken yaşlıların önemli kısmının aynı zamanda GYA desteklenmeye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bakım ihtiyacının evde enformel bakım verenler tarafından hizmet verildiğini destekleyen bir kanıt, bu araştırmada ortaya konmuştur. Araştırmaya göre Türkiye’deki hanelerdeki bu demografik değişim yaşlıların ya tek başına kaldığı ya da evde eşleri, kızları, yakınları vb. tarafından bakıldığını göstermiştir (HÜ, 2008).

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğünce (Mülga) yapılan “**Türkiye Aile Yapısı Araştırması-TAYA**” 2011 sonuçlarına göre, aile içerisinde bakıma muhtaç yaşlı barındıran ailelerin oranının ise % 6 olduğu bulunmuştur. Bu oranın kentlerde % 5 iken kırsal alanlarda % 9 olduğu görülmüştür. Kır ve kent

arasındaki bu ayırım aynı zamanda kentleşme ile birlikte aile yanında bakım alan yaşlı oranının azaldığını/azalacağını da göstermiştir. Benzer şekilde sosyo-ekonomik statü gruplarına bakıldığında da en üst grupta hanede bakıma muhtaç yaşlı oranının % 1 olduğu, en alt grupta ise % 12 olduğu görülmüştür (ASPB, 2011). 2016 yılında TÜİK tarafından yapılan “Aile Yapısı Araştırması”na göre ise Türkiye’de yaşayan 15 yaş üstü bireylerin yaşlılığı ile ilgili yaşam tercihleri belirlenmiştir.

Tablo 8. Cinsiyet Ve Yaş Grubuna Göre Bireylerin Yaşlılığı İle İlgili Yaşam Tercihi,2016

	Toplam	Huzurevine giderim	Çocuklarının yanında kalırım	Evimde bakım hizmeti alırım	Fikri yok	Diğer
Türkiye (Toplam)	100,0	11,0	37,6	29,4	21,6	0,4
Erkek	100,0	10,9	37,7	27,4	23,6	0,4
Kadın	100,0	11,2	37,5	31,4	19,6	0,4
15-19	100,0	11,2	30,4	25,5	32,5	0,3
20-24	100,0	11,6	32,4	26,6	29,1	0,3
25-29	100,0	11,5	30,8	29,0	28,4	0,4
30-34	100,0	12,0	35,4	29,5	22,7	0,5
5-39	100,0	11,6	35,1	31,5	21,4	0,4
40-44	100,0	11,1	38,3	31,4	19,0	0,2
45-49	100,0	11,2	38,8	30,7	19,0	0,3
50-54	100,0	10,1	41,5	33,4	14,6	0,4
55-59	100,0	12,0	39,4	31,5	16,6	0,5
60-64	100,0	12,7	43,6	28,8	14,5	0,3
65+	100,0	7,7	51,3	27,5	12,9	0,6

Kaynak: TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2016

Tablo 8’de anlaşılacağı gibi huzurevine gitme oranı 65 yaş üstü bireylerin en düşük iken (%7,7) 60-64 yaş arasında en fazla (%12,7) oran olduğu görülmektedir. Yaşlandığında çocukları ile birlikte yaşlanmak isteyenler 65 yaş üstündekilerin oran (% 51,3) iken 15-19 yaş arasında en düşük (%30,4) orandadır. **Evimde bakım hizmeti isteyenlerin 50-54 yaş arasındakilerin en yüksek oranda (% 3,4) iken yine 15-19 yaş arasında en düşük (%25,5) orandadır.** Yaşlılığı ile ilgili yaşam tercihi hakkında henüz düşünmeyenlerin en fazla yine 15-19 yaş arasında (%32,5) olduğu görülmüştür.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nce (Mülga) 2011'de yapılan **“Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması”**, nicel bileşen olarak, Türkiye genelinde kırsal ve kentsel alanlarda ikamet eden 40 yaş ve üzeri nüfusu temsil eden bir örneklem üzerinden hane ortamında araştırma yapılmıştır. Araştırma kapsamında yapılan nicel çalışmada 4.000 bireyle görüşülmüş olup nitel bileşende toplam 120 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda özellikle yalnız kalma, yalıtılmışlık, sosyal uyarılardan yoksunluk gibi önemli yaşlılık sorunlarının olduğu ve yaşlıların ihmal edildiği görülmüştür. Araştırma sonunda çözüm olarak en uygun müdahalenin toplum temelli bakım modellerini desteklemek ve yaygınlaştırmak olduğu vurgulanmıştır. Hizmetleri, mahalle odaklı yaşlı evleri gibi yerel düzeyde ele alarak yerinde gerçekleştirimin, çoğu yaşlının yaşadığı fiziksel sorunlar nedeniyle sosyal hayattan uzak kalma durumunu da azaltacağı ifade edilmiştir (Aközer ve diğerleri, 2011). Toplum temelli yaklaşımlarda yaşlının bulunduğu yerde bakım hizmeti alması konusunda aile bireylerinin karşılıklı desteği önem kazanmıştır.

Bu araştırmada görüşülen kişilerin yarısından çoğu (% 57) kendilerinin yetemediği durumlarda başta aileleri olmak üzere başkalarından yardım aldığını belirtmiştir. En yüksek oranda yardım alınan iki konunun hastalıkta bakım ve ev işleri olduğu görülmüştür. Her konuda en çok yardım alınan kişilerin eşler olduğu, daha sonra ise kız çocuklar, gelinler ve oğulların geldiği görülmüştür. Kurumsal yardım oranları ise düşük kalmıştır. İstenen yardımlar hatırlatmalı sorulduğunda ise “bedelsiz sağlık hizmeti” (%66) ve “evde bakıcı sağlanması” (% 61) isteği öne çıkmıştır. Devletten beklenen yardım türü yerleşim yerine göre farklılık göstermiştir. Kırsal alanlarda para yardımı beklenirken, kentsel alanlarda aynı yardımlar, evde bakım ve ücretsiz sağlık hizmetleri daha yüksek oranda belirtilmiştir (Aközer ve diğerleri, 2011).

Şenol ve Erdem (2017) tarafından Türkiye genelinde, huzurevi algısına yönelik 50 yaş üzeri kadınlar üzerinde yarı yapılandırılmış nitel araştırma yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre çalışmaya katılanların huzurevi algılarının olumsuz olmadığı, istemeseler de şartların kendilerini zorladığında huzurevine gitmeyi tercih edebileceklerini ifade etmişlerdir. Bu konuda kişilerin huzurevi hakkında bilgilenmeye ihtiyaç duyduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada, değişen dünya koşullarına göre huzurevi gerçeğinin kabul

edilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. Ancak huzurevlerinin Türk sosyo-kültürel yapısına uygun hale getirilmesi ve huzurevi gerçeği hakkında bilgilendirmenin en etkin olarak gerçekleştirilmesi gerektiği de hatırlatılmıştır (Şenol ve Erdem, 2017).

Öte yandan aile içi çözümlere bakıldığında nesiller arası dayanışmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Bu konuda Özmete'nin 2017 yılında yaptığı “**Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi**” isimli nicel araştırmasında; Türkiye’de 12 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Balıkesir, Kocaeli, Adana, Kayseri, Samsun, Trabzon, Erzurum, Malatya, Diyarbakır) toplam 4100 yaşlı ile görüşülmüştür. Bu çalışmada kuşaklararası dayanışma altı boyutta (yapısal, duygusal, normatif, uzlaşmaya dayalı, işlevsel, ilişkisel) incelenmiştir. Yaşlıların büyük çoğunluğu çocuklarının kendilerine baktıklarını ve ihtiyaç olduğunda bakabileceklerini (% 82) ve sözlerini dinleyip saygı gösterdiklerini (% 85) belirtmiştir. Yaşlılar en çok yemek yapma (% 21) ve ev işleri (% 20) gibi konularda evde destek hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Kendi ihtiyaçları ve bakımları ile ilgilenen yaşlıların oranı % 26 olarak belirtilmiştir. Yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamada ve bakım hizmeti vermede eşler (% 35), erkek çocuklar (%35) daha sonra ise kız çocukların (% 29) görev aldığı görülmüştür. Yaşlıların değerlendirmelerine göre gelinler ve damatların yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilenme oranı oldukça düşük bulunmuştur. Yetişkin çocukların %26’sının her gün ebeveynlerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilendiği ortaya konmuştur (Özmete, 2017).

Tüm bu araştırmalardan Türkiye’de yaşlıların bakımlarına ilişkin olarak GYA desteklenmesi gerektiği ve yaşlıların yaşadıkları ortamdaki uzaklaşmadan nesiller arası dayanışma ile aile içinde bakım hizmeti almak istediği anlaşılmaktadır. Yaşlılar; bakım ihtiyacının kurumsal bakım hizmetinden ziyade evde bakım hizmeti ile sağlanmasını talep etmektedir. Bununla birlikte bakım ihtiyacında olan önemli oranda yaşlının gittikçe artan düzeyde kurumsal bakım hizmet ile de desteklenmesi ihtiyacı olacağı öngörülmektedir. USB hizmetlerinden yararlanmak isteyen yaşlıların bakım ihtiyacının belirlenmesi ve bireysel ihtiyaçlara uygun bakım hizmetini kalifiye insan gücünden alması, bakım finansmanın ve kalitesinin sağlanması konularının önemini artırmaktadır.

2.2.4. Türkiye’de Bakım İhtiyacının Değerlendirilmesi

Türkiye’de USB hizmeti kapsamında bakıma muhtaç ya da bakım ihtiyacı olan birey tanımlaması ile karşımıza çıkmaktadır. “Bakıma Muhtaçlık” kavramı GYA bağımlılığın yanında, gelir testine bağlı koşulları da içermektedir. Ancak “Bakım İhtiyacı” gelir testinden bağımsız bir duruma işaret etmektedir. AÇSHB mevzuatında engelli ve yaşlılar, resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilen, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşükün olan kişiler şeklinde ifade edilmiştir. Mülga ASPB kurulmadan önce görev yapan SHÇEK mevzuatında; bakıma muhtaçlık kavramı için daha çok “yoksul ve düşükünler için bakım gereksinimi” tanımlamaları yapılırken, 2013 yılından sonra ASPB mevzuatında “bakım ihtiyacı gelir durumuna bakılmaksızın bakım ihtiyacının giderilmesi” tanımlamasına yer verilmiştir (ASPB, 2013 b).

Türkiye’de bakım ihtiyacında olanlar, sağlık ve engellilik durumunu gösteren rapor ve gelir durumunu da içeren sosyal inceleme raporları sonuçlarına göre USB hizmetinden faydalanmaktadır. Bakım hizmetleri, resmi ya da özel sektöre ait bakım ve rehabilitasyon hizmeti veren merkezlerde verilmektedir. AÇSHB tarafından belirlenen mevzuata göre çalışan merkezlere kabul için SB engellilik oranları esas alınmaktadır. 2005 yılında yayınlanan **Engelliler Kanun’a** göre; “engelli”, “hafif engelli”, “ağır engelli” ve “bakıma muhtaç engelli” tanımları yapılmıştır. Bu temel esas alınarak engelli ve/veya yaşlılara, 2013 Tarih ve 28603 Sayılı ‘**Engellilik Ölçütü Yönetmeliği**’ne göre SB tarafından verilen sağlık kurulu raporunda engellilik oranları yer almaktadır. Bu rapora göre bakım ihtiyacında olanlar özel/kamu engelli bakım merkezlerine yönlendirilmektedir. Yönetmelikte, “ağır engelli” tanımı için tüm vücut fonksiyon kaybının Balthazard formülüne göre hesaplama yapılmaktadır. 60 yaşın üzerindeki bireylerin hesaplanan engellilik oranına % 10 eklenerek kişinin engel oranı tesbit edilmektedir. Engellilik oranlarına göre yaşlılar (Alzheimer hastaları da dahil), sağlık raporunda ağır engelli ibaresi ve gelir testi sonuçlarını içeren sosyal inceleme raporu ile özel/kamu engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden yönlendirilmektedir.

Aynı zamanda Mülga ASPB tarafından yayınlanan 2001 Tarih ve 24325 Sayılı **‘Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği’**ne göre istenen sağlık raporunda “60 yaş ve üzerindeki yaşlılar, kurumsal bakım hizmetinden yararlanmak için ruh sağlığının yerinde olduğuna ve bulaşıcı hastalığı olmadığına dair” bilgi sunmaları istenmektedir. Bakım ihtiyacında olan yaşlılar için, ASPB’nin 2014 yılında verilen görüşler ile yapılan düzenlemelere göre, ruh sağlığı yerinde olmayanlar için ayrıca psikiyatriden alınan rapor da istenmekte, eğer raporda mental problem tespit edilmiş ise kurum bakımından yararlanmak için vasilik işlemlerinin tamamlanması beklenmektedir. Bulaşıcı hastalığı bulunan yaşlılar ise dahiliye hekiminden hastalığının aktif olmadığına dair rapor almak durumundadır.

Türkiye’de bakım ihtiyacının belirlenmesi diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi GYA değerlendirilmesine dayalı olmayıp, sağlık kurulu raporuna bağlı olarak bakım hizmetlerinden yararlanılması esas alınmıştır. Mevzuatta sosyal inceleme raporunun bakım hizmetinden yararlanılma kararı almasında kullanılmasına rağmen, sağlık kurulu raporu belirleyici olmaktadır. Sosyal inceleme raporu; engelli ile aynı hanede birlikte yaşayan kişi sayısına göre engelli/yaşlıya düşen ortalama aylık gelirinin belirlendiği; engelli/yaşlının sağlık ve psiko-sosyal durumu ile bakıma ihtiyacını, bakım hizmetlerini ve aynı hanede yaşadığı kişilerin sosyal ve ekonomik durumun incelemelerini kapsamaktadır. Bu raporlar sonucunda kişi kurumsal bakıma yerleştirilmektedir.

Kurumsal bakım dışında “evde bakım sosyal yardımı” alacak engelli ve yaşlılar için ise Mülga ASPB 2014/07 sayılı Genelge ile bakım ihtiyacı olanlar belirlenmektedir. Genelgeye göre aynı kurumsal bakımda olduğu gibi evde desteklenmesi, engelli raporu oranlarında ağır engelli ibaresinin olması ve gelir testine göre muhtaçlık oranların hesaplanmasına göre sosyal yardım kişinin yakınına bağlanmaktadır. Bakım ihtiyacının belirlenmesi için “evde bakım heyetleri”nce (sosyal çalışmacı, fizyoterapist, hemşire, psikolog vb. oluşan) değerlendirmeler yapılmaktadır (ASPB, 2017c). Gelir testi ile sosyo-ekonomik güçlük çektiği belirlenen ailede engelli/yaşlısına evde bakım sorumluluğunu üstlenen bir yakının olması durumunda bakım hizmeti karşılığı, evde

bakım sosyal yardımı (memur maaş katsayısının 10.000 gösterge rakamı ile çarpımı sonucu çıkan rakam tutarında para desteği) yapılmaktadır. Bunun için de sağlık kurulu raporunda ağır engelli ibaresi olması ve aileye giren maaşın kişi başına düşen miktarın 1/3 asgari ücret olması gerektiği hükme bağlanmıştır (ASPB, 2017c). Bu desteğin yeterliliğinin tartışılır olması yanısıra özellikle kadınlar tarafından bakım hizmeti sorumluluğunun yüklemektedir. Verilen bu destek kadının iş hayatından ayrılmasına, bakım sorumluluğunun getirisi olan fiziksel ve psikolojik yıpranmaya maruz kalmasına neden olmaktadır.

2.2.5. Bakım Hizmetine Yönlendirme

Bakım ihtiyacında olan yaşlılar yukarıda bahsedilen düzenlemelere göre sağlık raporu ve sosyal inceleme raporu esas alınarak USB kapsamında hizmetlere yönlendirilmektedir. Bu yönlendirme evde sağlık hizmetleri, palyatif bakım yanısıra USB hizmetleri kapsamında kurumsal bakım hizmetlerine olabilmektedir. Aynı zamanda evde bakım sosyal yardımda yönlendirme yapılmaktadır.

USB kapsamında, SB tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinden yararlanılmak istenirse, yönlendirme işlemi, hastaneden taburcu aşamasında (yaşlı ya da bakım ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar) müdavi hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirerek yapılmaktadır. Koordinasyon merkezi, telefonda, ön değerlendirme yapmakta bunun neticesinde talepleri uygun görülen hasta için ikamet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu dikkate alarak, uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu ‘Aile Hekimliği Birimi’ni görevlendirmektedir. Evde sağlık hizmetleri kapsamına girmeyen başvuru sahipleri, koordinasyon merkezi tarafından, talep edilen hizmete uygun ilgili diğer kurum ya da kuruluşlara yönlendirilmektedir (SB, 2017 a).

USB kapsamında palyatif bakıma (yaşam sonu desteğe) ihtiyaç duyan bireyler ise SB’na bağlı Palyatif Bakım Merkezlerine yönlendirilmektedir. Palyatif bakım hizmeti alması gerekli görülen hasta, taburculuk sonunda hekim sevki ya da “Evde Sağlık Birimi”nin ilk defa yaptığı değerlendirme (koordinasyon merkezi aracılığıyla) ile bu yönlendirme yapılmaktadır (SB, 2017 a).

Yaşlıların, USB kapsamında kurumsal bakım hizmetine ihtiyaç duyması halinde, 2002 yılında yayınlanmış olan AÇSHB Huzurevi Yönetmeliğine göre yaşlı ya da yakınının, bakım hizmeti almak için İl /İlçe Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğüne, Genel Müdürlüğe başvurması gerekmektedir. Aynı zamanda yaşlıların yaşadıkları yere an yakın resmi ya da özel sektöre ait Huzurevi Müdürlüğüne bir dilekçe ile başvuru yapabilmektedir. Mülki idare amirleri, muhtarlar, kolluk kuvvetleri, belediye başkanlıkları, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile vatandaşlar tarafından il müdürlüklerine bildirilen acil durumdaki yaşlılar kabul süreci başlatılarak kamu ya da özel sektöre ait huzurevlerine yerleştirilmektedir. Basın yayın organlarındaki haberler de bildirim olarak kabul edilmektedir (ASPB, 2017c). Aynı şekilde, AÇSHB'nın "Engelli Bakım ve Rehabilitasyonları Merkezleri" yönetmeliğine (2006) göre bakıma ihtiyacında olan yaşlı bireylerin, bakım talebine ilişkin müracaatları sonucunda resmi engelli bakım merkezi dolu ise engelli sosyal yardım karşılığında hizmet veren özel engelli bakım merkezlerine yönlendirilmektedir (ASPB, 2017c).

Yerel yönetimlerin USB kapsamında verdiği evde ya da kurumsal bakım hizmetlerine başvuru; yaşlının kendisi ya da yakını tarafından yapılmaktadır. Bu hizmetlerden yararlanma koşullarının hizmetin içeriğine göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Bunun için kimi zaman gelir testi kimi zaman da sağlık kurulu raporu gerekse de çoğunlukla talep üzerine verildiği görülmüştür. Yerel yönetimlerce belirlenen yaşlılar (arz odaklı) da bu hizmetlerden yararlanmaktadır (ASPB, 2016 d). Ancak USB sitemine ait diğer hizmetlere erişim ile bağlantılı akışı sağlayacak düzenlemelerin bulunmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak; Türkiye'de bakım sürecindeki faaliyetler gibi ilgili disiplinlerin yer aldığı ve bakım hizmet modellerine (evde ya da kurumsal bakım gibi) yönlendirme amaçlı, bütünsel bir yaklaşım bulunmamaktadır. GYA bağımlılık düzeyine dayalı bakım hizmeti ihtiyacı belirlenmesi ve bakım seviyesi değerlendirilmesi ve buna bağlı bakım hizmetine yönlendirilme yapılmamaktadır. USB hizmetleri SB ile AÇSHB ve yerel yönetimler tarafından verilirken hizmetlerin devamlılığını sağlayacak yönlendirmelerin olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum engelli/yaşlı ve yakını için kafa karıştırıcı

olabilmektedir. Bakım ihtiyacının belirlenmesi ve yönlendirme ile verilen USB kapsamındaki hizmetlere erişimi kısıtlama riski bulunduğu görülmektedir.

2.3. TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Yaşlanma, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı kapsayan bir durumdur. Yaşla birlikte giderek daha karmaşık ve genellikle birbiriyle ilişkili sorunlarla yaşama durumunda kalan yaşlılar, USB sistemindeki farklı hizmetlerden yararlanmaktadır. Sadece yaşlıların değil engellilerin ve her yaşta hastalarında ihtiyaç duyduğu USB hizmetleri sağlık ve GYA desteklenmesi gibi birçok hizmeti içermektedir. BM’in USB hizmetleri tanımına göre evde, gündüzlü bakım ve kurumsal bakım merkezlerinde, GYA destek kapsamında banyo, giyinme, yemekler ile daha karmaşık sağlık bakım hizmetlerini birarada alınmasını içermektedir. Yaşlıların büyük çoğunluğunun kendi evlerinde ve enformel bakıcılardan (çoğunlukla ücretsiz kadın aile üyeleri) bakım hizmetleri aldığı belirlenmiştir. Bazı durumlarda ise enformel bakım hizmetinin düzensiz, genellikle düşük maaşlı bakıcılar tarafından verildiğine işaret edilmiştir. Daha az sayıdaki yaşlılar ise bakım kurumlarından veya emekliler için yapılan konutlarda bakım hizmeti almaktadır (UN, 2016). Dünyada bakımevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, uzun süreli akut bakım hastaneleri, günlük bakım merkezleri, grup evleri destekli yaşam evleri (bilgi iletişim teknolojileri dahil çeşitli hizmetlerle destekli), bağımsız yaşam kompleksleri ile vasıflı hemşirelik tesisleri ve emeklilik toplulukları bulunmaktadır. Türkiye’de ise yaşlılar için huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, yaşamevleri (grup evi), engelliler için bakım ve rehabilitasyon merkezleri, umutevleri (grupevi) gibi uzun süreli bakım kurumları bulunmaktadır (Ökem, 2014). USB kapsamında verilen hizmetler ASPB, SB ve yerel yönetimlerce oluşturulan mevzuata göre verilmektedir. Türkiye’de verilen kurumsal ve evde hizmetleri bir bütün halinde görmek istersek aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır. USB kapsamında verilen hizmetler ve hizmet veren kurumların ilgili mevzuatı tek tek incelenerek aşağıdaki tablo oluşturulmuştur.

Tablo 9. USB Hizmetleri ve İlgili Kuruluşlar

Bakım Modeli	Sağlık Bakanlığı	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Yerel Yönetimler	Özel Sektör	Sivil Toplum Kuruluşları
Evde Sağlık Hizmetleri	✓		✓	✓	
Evde Bakım Hizmetleri (GYA desteklenmesi)		✓	✓	✓	✓
Gündüzlü Merkezler		✓	✓		✓
Umutevleri (engelliler) Yaşam evleri (yaşlılar)		✓			
Huzurevi, Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri		✓	✓	✓	✓
Engelli Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri		✓		✓	
Palyatif Bakım Merkezleri	✓	✓		✓	✓
Evde Bakım Sosyal Yardımı (Enformeller İçin)		✓			

Türkiye’de USB hizmetlerinin farklı kurumlarca sunulan hizmetler Tablo. 9’da bir arada incelenmiştir. Bakım ihtiyacında olan bireylerin, bakım hizmetlerini birden fazla kurumdan alabildiği görülmektedir. Türkiye’de yukarıda bahsedilen düzenlemelerine uygun olarak oluşturulan USB hizmetleri başta AÇSHB, olmak üzere kısmen yerel yönetimler ve SB sorumluluğunda yürütülmektedir. Türkiye’de USB hizmetlerinden birinci derece sorumlu olan AÇSHB’dir. SB ve yerel yönetimler de USB hizmetlerinde destekleyici görev almış, AÇSHB, kurumsal bakım hizmetine ağırlık vermiştir. USB hizmetleri kapsamında, SB ise evde sağlık ve palyatif bakım hizmetlerini vermektedir. Yerel yönetimler ise daha çok evde bakım adı altında bakım-onarım-temizlik hizmetleri, sosyal aktivitelere katılım vb. hizmetleri sunmaktadır. Aynı zamanda yaşlıların kullanabildiği, aktif yaşam mekezlere ve gündüzlü bakım merkezleri bulunmaktadır. Bunun dışında kısıtlı olsa kurumsal bakım hizmeti ve evde sağlık hizmeti veren yerel yönetimler de bulunmaktadır.

2.3.1. Kurumsal Bakım

OECD'e göre kurumsal bakım hizmetleri; kronik bozukluklar nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri (GYA) bağımlı bireylere, barınma, sağlık ve hemşirelik bakımı gibi ihtiyaçları karşılayan bakım tesisleri (hastaneler hariç) olarak tanımlanmıştır. Bu kuruluşlarda GYA'nde orta-ağır fonksiyonel kısıtlamaları olan bireyler için kişisel bakım hizmetleriyle birlikte gözetim ve konaklama hizmeti de sunulmaktadır (OECD, 2013). Türkiye'de USB sisteminde yer alan kurumsal bakım hizmetleri AÇSHB mevzuatına göre yapılandırılmıştır. Yaşlılar ve engelliler için ayrı yönetmelikler ile kurumsal bakım hizmeti düzenlenmiştir. Hatta resmi ve özel sektöre ait bakım merkezleri de ayrı mevzuatlara ve uygulamalara tabidir. Bu merkezler;

1. Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (yaşlılar için kamuya ait açılan)
2. Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi (yaşlılar için özel sektör tarafından açılan)
3. Engelli Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi (engelliler için kamuya ait açılan)
4. Özel Engelli Bakım Merkezi (engelliler için özel sektör tarafından açılan)

isimleri ile kurumsal bakım hizmeti verilmektedir (ASPB, 2017c). AÇSHB, bakım hizmetleri kapsamında enformel bakım hizmeti verenlere yapılan sosyal yardımın yanısıra ağırlıklı olarak kurumsal bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunmaktadır. Hem kamuya ait hem de özel sektöre ait merkezlerde engelli veya yaşlılara yönelik hizmet vermektedir.

2.3.1.1. *Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri*

AÇSHB tarafından USB kapsamında kamuya ait kurumsal bakım hizmetini veren merkezler, Bakanlığın 1987 Tarih ve 19422 Sayılı **Huzurevi, Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri** yönetmeliğine uygun olarak açılmaktadır. Bu merkezler; 60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini karşılamak yanında, sürekli bakıma ve rehabilitasyona gereksinim duyanlara bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermektedir. Bu merkezlerde GYA desteklenmesinin yanında rehabilitasyon hizmeti de verilmesi öngörülmesine rağmen yapılan norm kadro çalışmaları uygulamaya girmediğinden dolayı rehabilitasyon hizmetlerinde aksamalar yaşanabilmektedir. Özel sektöre ait “Huzurevi” ve “Yaşlı

Bakımevi” açılış işlemleri, hizmet standardı, personel durumu, işletilme koşulları, ücreti, denetimi, devri ve kapatılmasına yönelik usul ve esasları 2008 Tarih ve **26960** Sayılı “**Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri**” yönetmeliğe uygun olarak yapılmaktadır. Bu merkezlerde bakım hizmetleri verilmekte, rehabilitasyon hizmeti zorunlu olmadığından dolayı rehabilitasyon ekibinde bulunması gereken sağlık mensupları hepsinde yer almamaktadır.

Tablo 10. Kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Yaşlı Sayısı, 2018-Nisan

	Kurum Sayısı	Yatak sayısı	Dolu yatak	Boş Yatak
AÇSHB Dışında Yaşlılara Yönelik USB Hizmetleri				
Diğer Bakanlıklara Ait Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri	2	570	566	4
Belediyelere Ait Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri	22	3.402	2.381	1.021
Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri	29	2.454	1.717	1.737
Azınlıklara Ait Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri	5	508	355	153
Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri	189	10.559	7.128	4.971
Ara Toplam	247	17.493	12.147	7.886
AÇSHB’ye Ait Yaşlılara Yönelik USB Hizmetleri				
AÇSHB’ye Ait Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezleri	145	14.837	13.791	1.046
TOPLAM	392	32.330	25.938	8.932

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2018-Nisan (ASPB, 2018 c)

Tablo 10’da anlaşılacağı gibi Türkiye’de yaşlılar için kurumsal bakım hizmeti veren 144’ü Bakanlığa ait olmak üzere toplam **392** huzurevinde toplam **32.330** yatak bulunmaktadır. AÇSHB 2018 yılı verilerine göre bu yatakların **25.938** dolu olup, **8.932’i** boştur.

2.3.1.2. Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri

AÇSHB’nin 2006 Tarih ve 26244 Sayılı “Bakıma Muhtaç Özürllülere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği”ne uygun olarak kamuya ait engelli bakım ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde bakım

ihtiyacında olan her yaşta engelliler kalmaktadır. Resmi merkezlerde engelliler engellilik oranı ve gelir testine göre kalmaktadır (ASPB, 2017c).

Yine özel sektöre ait Bakanlığın 2016 Tarih ve 29878 Sayılı “**Özel Engelli Bakım Merkezleri**” yönetmeliğine uygun olarak açılan; 0-13 yaş, 3-17 yaş ve 18 yaş üzeri (kadın/erkek) engellileri kabul etmektedir. 18 yaş üzeri kabul eden merkezlerde 60 yaş üzeri engelliler, özellikle Alzheimer yaşlıları kalabilmektedir. Bu merkezler, bakım hizmeti yanında rehabilitasyon hizmeti de verebilmektedir. Ancak merkezlerde rehabilitasyon ekibinin çalıştırılması zorunlu tutulmamıştır. Bu merkezlerde, engelliler ve yaşlılar gelir testi ve engellilik oranlarına göre kalabilmekte, merkezler kurumsal bakım sosyal yardımı (engellilerin bakımı için merkezlere memur maaş katsayısının 20.000 gösterge rakamı ile çarpımı sonucu çıkan rakam tutarında para desteği) alabilmektedir. Bakım karşılığında ödenen ‘kurumsal bakım sosyal yardım’ ücreti 2014 tarih ve 6518 sayılı kanunla belirlenmiştir (ASPB, 2017c).

Tablo 11. Kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Engelli Sayısı, 2018-Nisan

	Kurum Sayısı	Yatak sayısı	Dolu yatak	Boş Yatak
AÇSHB’ye Ait Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri*	96	7.805	7.214	591
Özel Engelli Bakım Merkezleri*	204	18.291	15.312	2.979
TOPLAM	300	26.096	22.526	3.570

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2018-Nisan (ASPB, 2018 c)

Tablo 11’de anlaşılacağı gibi Türkiye’de her yaşta engelliler için kurumsal bakım hizmeti veren 97’si Bakanlığa ait olmak üzere toplam **300** bakım ve rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır. AÇSHB 2018 yılı verilerine göre engelli bakım merkezleri için toplam **26.096** yatağa sahiptir. Bu yatakların **22.526** dolu olup, **3.570**’ü boştur.

Tablo 12. AÇSHBU kurumsal USB Hizmetinden Yararlananların Engelli/Yaşlı Sayısı, 2018-Nisan

	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Dolu Yatak	Boş Yatak
<i>TÜRKİYE'DE YAŞLILARA YÖNELİK USB HİZMETİ KAPASİTESİ</i>	392	32.330	25.938	8.932
<i>TÜRKİYE'DE ENGELLİLERE YÖNELİK USB HİZMETİ KAPASİTESİ*</i>	300	26.096	22.526	3.570
Genel Toplam	692	58.426	48.464	12.502

*Engelli bakım merkezlerinde yaş sınırlaması olmadığından dolayı yaşlı engelliler de bulunmaktadır.

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2018-Nisan (ASPB, 2018 c)

Türkiye’de engelli/yaşlılar için 2018 yılı verilerine göre Tablo 12’de görüldüğü gibi kurumsal bakım hizmeti, **692 merkez ile** toplam **58.426 yatak** kapasitesine ulaşılmıştır. Bakanlığa bağlı olarak açılan ve hem kamu hem de özel sektör girişimleri ile yürütülen bakım hizmetlerinden **48.464** kişi yararlanmaktadır. Yaşlılar, Alzheimer hastaları başta olmak üzere engelli yaşlılar huzurevi, yaşlı bakım merkezi yanında “Özel Engelli Merkezleri Yönetmeliği”ne göre açılan engelli bakım merkezlerine kabul edilmektedir. Engelli bakım merkezlerinde kalan yaşlıların sayısı artmakta bunun yanı sıra merkezlerde kalan engelliler de gittikçe yaşlanmaktadır.

USB kapsamında kamuya ait engelli ve yaşlılar için hizmet veren kamuya ait engelli bakım ve rehabilitasyon merkezleri yataklarının nispeten dolu olmasına (**591** boş yatak) rağmen özel sektöre ait engelli bakım merkezlerde **2.979** boş yatak bulunmaktadır. Yaşlılar için açılan kamuya ait huzurevlerinde **1.046** boş yatağın yanında, özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerde ise **8.932** boş yatak bulunmaktadır. Yine de engelli ve yaşlılar için açılan bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde boş yatak bulunmaktadır. Bu sayısal verilere tezat olarak bakım merkezine yerleşmek için sıra bekleyen yaşlılarda bulunmaktadır.

Tablo 13. Türkiye’de Kamuya Ait USB Hizmeti Almak İçin Sıra Bekleyenler

	Huzurevi Birimi		Bakım ve Rehabilitasyon birimi		Toplam
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
Huzurevine girmek için sırada bekleyen yaşlı sayısı	3.783	3.382	1.129	915	9.209
Engelli Bakımevine girmek için sırada bekleyen yaşlı sayısı	0	0	0	0	0

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikler-2017(ASPB, 2017 b)

Tablo 13’den anlaşılacağı gibi engelli bakım merkezlerinde sıra bekleyen bulunmazken huzurevi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmak isteyen 2017 verilerine göre **9.209** yaşlı bulunmaktadır. Öte yandan Bakanlığa ait USB hizmetleri veren kuruluşlarda **12.502** boş yatak bulunmaktadır. Bekleme sırasının olmasının nedeni yaşlıların İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyükşehirlerde ve kamuya ait huzurevi bakım ve rehabilitasyon merkezlerini tercih etmeleridir. AÇSHB’ye ait bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden yararlanmak için yaşlılar sıra beklemektedir (ASPB, 2018 a).

Yaşlıların önemli bir bölümünün herhangi bir kurumsal bakım veren bir bakım merkezi yerleşmek yerine, özel olarak tercih ettiği bakım merkezine (çoğunlukla 3 büyük şehirdeki kuruluşlar ile Sosyal Güvenlik Kurumunda devralınan emeklilere yönelik açılan merkezler) yerleşmek istemektedir. Bu Merkezlerin kapasitesinin dolu olması nedeniyle sıra beklenmektedir. Bu merkezler için 2.037 yaşlı İzmir Narlıdere Huzurevi yaşlı bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (HYBRM) için sıra beklerken, İstanbul Etiler HYBRM için 1.455 ve Ankara 75.Yıl HYBRM için **97** yaşlı bulunmaktadır. 2018 yılı verilerine göre toplam 3.589 kişi istediği bakım merkezine yerleşmek sıra beklemektedir. Bu rakam, Türkiye genelinde yaşlı bakım merkezlerine yerleşmek üzere sırada bekleyen yaşlıların yaklaşık yarısına (% 45) oluşturmaktadır.

Söz konusu 3 büyükşehirden sonra yaşlı bakım kuruluşlarına yerleşmek üzere sıra bekleyen yaşlıların çoğu Adana, Bursa, Balıkesir, Denizli, Eskişehir, Zonguldak da bulunmaktadır. Sırada bekleyen yaşlı sayısının az olduğu veya hiç olmadığı iller ise genelde yaşlı oranlarının düşük olduğu, sosyo-kültürel nedenlerle yaşlı bakımında kurum bakımının tercih edilmeyip, geleneksel ev içi bakımın sürdürüldüğü ve yaşlı

bakım kuruluşlarının bulunmadığı şehirlerdir. Buna örnek olarak Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Gümüşhane, Hakkâri, Mardin, Siirt, Van, Batman, Şırnak gibi şehirlerde yaşlı bakımı için sırada bekleyen yaşlı bulunmamaktadır (ASPB, 2018a).

AÇSHB raporlarına göre; taleple bağlantılı olarak Bakanlığa bağlı olarak açılan kamu ve özel sektöre ait huzurevleri ağırlıklı Türkiye'nin batı bölgelerinde hizmet vermektedir. Bakanlığın 2017 yılı kayıtlarına göre kamuya ait huzurevlerinin % 75'inin Ege, Batı Anadolu, Doğu Marmara, İstanbul ve Akdeniz bölgelerinde bulunmaktadır. Özel huzurevlerinin bölgesel dağılımında da İstanbul, Ankara ve İzmir illeri ön plana çıkmaktadır. Özel huzurevlerinin % 85'inin de bu üç ilde bulunduğu belirtilmiştir (ASPB, 2017b).

2.3.1.3. Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimleri

Engelli/yaşlılar için “Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimi” olarak tanımlanan bu evlerde 4-6 kişi bir evde, mesleki personelin gözetimiyle desteklenerek bakım elemanının refakatinde yaşamlarını sürdürmektedir. AÇSHB'nın yaşlı bireyler için “Yaşam Evleri” ve engelliler için “Umut Evleri” adı ile anılan evlerde veya apartman dairelerinde oluşturulan hizmet modelidir. AÇSHB tarafından “Engelli Bireylere Yönelik Umutevi Yönergesi” ne istinaden açılan bu merkezlerde, engelliler veya yaşlıların toplum içinde bakımları sağlanmaktadır (ASPB, 2017c)

Tablo 14. Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimi Yararlananların Sayısı, 2018

	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	Dolu Yatak	Boş Yatak
AÇSHB'ye Bağlı Yaşamevi (Yaşlılar İçin)	47	188	164	24
AÇSHB'ye Bağlı Umutevi (Engelliler İçin)	138	552	407	145
Toplam	185	740	571	169

Tablo 14'de açıklandığı gibi AÇSHB verilerine göre açılan ev tipi sosyal hizmeti biriminde toplam 185 ev bulunmaktadır. Evlerde 4-6 kişilik olmasından dolayı 740 yatak kapasitesi bulunmaktadır.

2.3.1.4. *Palyatif Tedavi-Bakım (Hospis)*

Yaşam sonu bakım olarak da adlandırılan palyatif bakım; yaşamın son döneminde bakım ve sağlık ihtiyaçlarını içermektedir. Bu nedenle hem sağlık hem de USB hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Palyatif bakım hizmeti, doktor tarafından belirli bir yaşam süresi tahmin edilen bireyler için evde veya kuruluştaki verilen sağlık ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler; sağlık, hemşirelik, bireysel bakım, bireye ve ailesine yönelik psiko-sosyal destek programlarını içermektedir. Programlar; kişinin ağrılarını yönetme, medikal ve bireysel bakım sağlama, ihtiyaç duyduğu ilaç, tıbbi araç, sağlık desteğini sağlama, ihtiyaç halinde ek hizmetlerden (konuşma terapisi, fizyoterapi, gibi...) oluşmaktadır Ayrıca aile üyelerince verilen bakım hizmetine destek olma, bireyin ve ailesinin ölüm hakkında duygusal, ruhsal beklentilerini destekleme, kişinin ve ailenin yaşam kalitesini koruma, yakınına kaybeden aile üyeleri için yas danışmanlığı, bakım verenleri rahatlatan respite (geçici) bakım gibi farklı ihtiyaçlara cevap vermektedir (BHKS, 2014).

Palyatif bakımın amacı; hastaların ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, beslenme desteği, psikolojik ve sosyal destek, hasta konforunun sağlanması ve bakımı, hasta ve ailesinin eğitimi ve hastanın fonksiyonel durumunun artırılmasına odaklı olup, farklı meslek grupları tarafından oluşturulmuş multidisipliner bir ekiple bu hizmetin sunulmasıdır (Özçelik, Fadiloğlu ve diğerleri2014). Palyatif bakımın tarihçesine bakıldığında, önceleri hedef kitle sadece kanser hastaları iken son yıllarda geriatrik hastalar, kanser hastalarıyla verilen hizmet benzer oranlara gelmişlerdir. Özellikle geriatride de palyatif bakımın temel hedefi kişi ve yakınları için "yaşam kalitesini arttırmak" olarak görülmektedir (Şahin, 2017). Palyatif bakım evde verildiği gibi kurumsal olarakta verilmektedir. SB tarafından hastanelere bağlı açılan palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Diğer yandan AÇSHB'ye bağlı açılan engelli/yaşlılar için açılan bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde de (mevzuatta adı özel bakım hizmeti olarak anılmaktadır) palyatif bakım hizmeti verilmektedir (ASPB, 2017c).

SB'nın, USB kapsamında yaşlılara ve her yaşta palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyanlar için, kamu hastanelerine bağlı çalışan '**Palyatif Bakım Merkezleri**'ni 2015 tarih ve 253 sayılı yönergeye istinaden açmaktadır. Bu merkezler, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer

semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için verilen hizmetlerdir. Rehabilitasyon ekibi üyeleri olan psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamaktadır. Bu merkezlerde her yaştan hastanın 3 hafta ile 3 ay arasında (en fazla 6 ay) değişen sürelerde kalması ve aile hekimleri ile iletişim halinde olması öngörülmüştür. Bu merkezlere USB kapsamında hastane taburculuğu sonrasında her yaştan hasta kabul edilmektedir. Sadece yaşlılara verilen hizmetlere ilişkin veri olmamasına rağmen bu merkezlerde özellikle yaşlıların yaşam sonu bakım hizmetinden yararlandığı ifade edilmektedir (SB, 2017 a).

Tablo 15. SB Yıllara Göre Palyatif Bakım Hizmetleri Sunumu

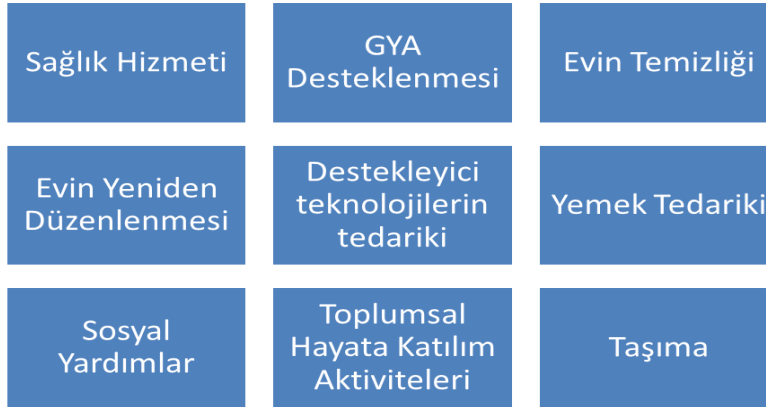
	2016	2017
Palyatif bakım merkez sayısı	177	237
Yatak sayısı	2024	2745
Yatak devir hızı	27.607	60.665

Kaynak: SB Uzun Süreli Bakım Raporu, 2017 (Yayınlanmamış)

Tablo 15’de görüldüğü gibi hastanelere bağlı açılan palyatif bakım merkezleri yayınlanan SB Palyatif bakım yönetmeliğine göre 2015 yılında kurulmaya başlanmış olup 237 merkez ve 2.745 yatağa ulaşmıştır. 2017 yılında kullanılan yatak sayısının bir önceki yıla göre yaklaşık iki kat arttığı görülmektedir. Özellikle yoğun bakımları rahatlatmak için açılan bu merkezlere talebin arttığı görülmektedir.

2.3.2. Evde Bakım

USB hizmetleri kapsamında evde bakım hizmetleri toplum temelli bakım yaklaşımı olarak değerlendirilmiştir. Evde bakım gibi gündüzlü bakım ya da geçici bakım (evde bakımı devam edenlerin yaşamının desteklenmesi için geçici olarak kurumlarda bakım verilmesi) bu kapsamda ele alınmıştır (OECD, 2013). Evde bakım hizmetinin kapsamı sadece GYA desteklenmesi olmayıp, bireyin istek ve ihtiyacına bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Şekil 1’de yer alan hizmetler evde bakım kapsamında ele alınmıştır.



Şekil 2. Evde Bakım Hizmeti Bileşenleri

Şekil 2’de görüldüğü gibi evde bakım bileşenlerini yerine getirmek için verilen hizmetler çeşitlilik göstermektedir. Türkiye’de “Evde Bakım Hizmetleri” üst başlığında değerlendirilebilecek hizmetler aşağıda sıralanmıştır (BHKS, 2014).

2.3.2.1. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım; mesleki yeterliliğe sahip lisanslı profesyoneller tarafından ihtiyaç halinde bakım hizmetleri ve hemşirelik bakımı gerektiren yaralanma ve hastalık durumlarında sağlık hizmeti ile birlikte verilmektedir. “Evde Sağlık Hizmeti”, lisanslı hemşireler ya da lisanslı terapistler tarafından doğru ve güvenli yapılan hizmet ve bakımı içermektedir. “Evde Bakım Hizmeti” ise farklı olarak gerektiğinde sağlık hizmetininide kapsar şekilde verilmektedir. Evde bakım hizmetleri; bireysel bakım ve ev işlerine yardım, bireyin evini temizleme, çamaşırlarını yıkama, yiyeceklerini hazırlama (diyet dahilinde), yiyecek alış-verişini yapma ve pişirmeyi içermektedir. Yardım, ev dışında refakat etme, rehberlik ve arkadaşlık etmeyi de kapsamaktadır. Genellikle evde bakım maliyetinde, hizmet için ayrılan vakit belirleyici olmaktadır. Maliyeti ne tür ve hangi sıklıkta bakım ihtiyacı olduğuna bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (BHKS, 2014). Evde bakım hizmetleri; kısa veya uzun süreli olarak sunulduğu gibi profesyonel düzeyde (formel) bakım ile aile bireylerinin (enformel) bakım sorumluluğunda yürütülen bir bakım hizmeti türü olarak tanımlanmıştır.

Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası taburcu olanlara nekahet dönemi içinde verildiği ifade edilmektedir. USB

kapsamında, uzun süreli evde bakım hizmetleri ise hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekle birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan fazla gereksinim halinde verilen hizmetler olarak ifade edilmiştir (Oğlak, 2008). Türkiye’de “Evde Bakım Hizmeti” adı altında AÇSHB, SB, yerel yönetimler ve enformel bakım verenlerin verdiği hizmetler akla gelmektedir, lakin verilen hizmetler yukarıda Şekil 1’de açıklanan evde bakım hizmet kapsamının tümünü içermemektedir.

Genel olarak “evde bakım” adı altında verilen hizmetlerinden bahsedilecek olursa; AÇSHB tarafından verilen “evde bakım” hizmetleri başlangıç aşamasında olup yaygınlaşmamıştır. Bakanlık, “evde bakım” adı altında “evde bakım aylığı” olarak anılan, enformeller için sosyal yardım desteği vermektedir. SB tarafından izin verilen özel sektöre ait “evde bakım” organizasyonları bulunmaktadır. Cepten ödeme kapsamında hizmet veren evde bakım şirketleri büyük şehirlerde bulunmaktadır. Bu organizasyonlar sağlık ve bakım hizmeti vermektedir. Son olarak yerel yönetimlerce yapılandırılan “evde bakım” hizmetleri, belediye bünyesinde oluşturulan birimlerce, ücretsiz olarak verilmektedir. Bu hizmet kapsamında kimi sağlık hizmeti verirken, kimi yemek tedariki, rehabilitasyon, ev temizliği, ev tadilatı ya da GYA destek hizmetlerinin bir ya da birkaçını bir arada verdiği görülmektedir. Bunları ayrıntılı inceleyecek olursak:

AÇSHB tarafından verilen evde bakım aylığından yararlanacak kişiler için bakım karşılığında ödenen ücret, Mülga ASPB’nin 2014 tarihinde 6518 sayılı kanunla 2828 sayılı “**Sosyal Hizmetler Kanununda**” ek 7. Maddede yapılan düzenleme ile belirlenmiştir. Engellilik oranı ve gelir testine göre belirlenen engelli/yaşlıların yakınları evde bakım sosyal yardımını almaktadır. Bakım veren yakınlarla memur maaş katsayısı oranına göre belirlenen miktarda ödeme yapılmaktadır (ASPB, 2017c). Bu konuda detaylı bilgi tezin ilerleyen bölümlerinde verilmiştir.

SB tarafından düzenlenen özel sektöre ait Evde Bakım Hizmeti sunumu; 2005 yılında yayımlanan “**Evde Bakım Yönetmeliği**”ne istinaden açılan organizasyonlar tarafından verilmektedir. Yönetmelikle uyması gereken usul ve esasları, çalışması ve denetlenmesi belirlenmiştir. Bu merkezler bağımsız işyerleri şeklinde veya tip merkezi, dal merkezi,

poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları olarak belirlenmiştir.

Hizmet alanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dâhil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz verilmesi esas olarak alınmıştır. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilerek, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenmekte ve hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurularak, evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulması tasarlanmıştır. Bu hizmetlere ek olarak; laboratuvar ve radyolojik görüntüleme hizmetleri, acil hizmetler, tıbbi cihaz hizmetleri tanımlanmıştır (EBD, 018). Özel sektörün girişimi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmiştir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır. Çoğunlukla üç büyük ilde özel sektör tarafından açılan 25'e yakın organizasyon ile hizmet verilmektedir (Onarcan, 2012).

Yerel yönetimlerce yürütülen evde bakım hizmetleri, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5393 sayılı Belediye Kanunu ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile 2006 tarih ve 26261 sayılı '**Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği**'ne istinaden yürütülmektedir. Bu mevzuatlara göre büyükşehir belediyesi ve mücavir alanları içerisinde yaşayan engelli/yaşlılara yönelik çeşitli hizmetlerin yanı sıra bakım, rehabilitasyon hizmetleri verecek olan hizmet birimlerinin kuruluş, işleyiş ve görevleri belirlenmiştir. Bu kapsamda engelli/yaşlılar USB hizmetleri kapsamında evde bakım ve 'aktif yaşam merkezleri' adı altında gündüzlü bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır.

USB kapsamında evde bakım hizmeti, yerel yönetimlerin (sistem; il özel idaresi, belediye ve köy olmak üzere üç kademededen oluşmakta) halkın mahalli ve müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulmuştur. 2005 tarih ve 5393 sayılı **Belediye Kanunu** 3. Bölüm Belediyenin görev ve sorumlulukları Madde 14- Belediye, mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla "...sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri

kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır.” maddesine istinaden evde bakım hizmetlerine kaynak aktarılmaktadır.

Yerel yönetimlerin evde bakım hizmetlerine yönelik resmi verilere ulaşamamıştır. Ancak literatürde yerel yönetimlerin USB hizmetleri kapsamında verdikleri hizmeti yansıtan Esatoğlu'nun (2013) çalışmasında yerel yönetimlerin verdiği evde bakım hizmetleri incelenmiştir. 2013 verilerine göre yerel yönetimler bütçelerinin % 1,4'ünü sağlık ve sosyal hizmet gideri olarak harcamışlardır. Yapılan çalışmaya göre evde bakım hizmeti veren belediyelerin sayısal dağılımına bakıldığında, 81 il Belediyesinden 54 il belediyesi bu alanda görev almamış olup, 27 ilin evde bakım hizmeti (Güneydoğu Anadolu'da 1 il, Ege bölgesinde 4 il, Karadeniz Bölgesinde 5 il, Marmara ve İç Anadolu Bölgesinde 7'ser, Doğu Anadolu'da 14 il) verdiği anlaşılmıştır. İl Belediyelerinin % 59'unun bu hizmeti 1-3 yıl arası süredir verdiği (Ankara ve İstanbul 10 yıldan fazla, Antalya Belediyesi ise 7 yıldır) belirlenmiştir. Araştırmaya göre il belediyelerinin evde bakım kapsamında; sağlık hizmeti (% 30), sıcak yemek (% 74), ev temizliği ile kişisel temizlik (% 63) hizmeti verdiği anlaşılmıştır. Hizmetlerin tamamını bir arada veren belediyelerin ise Ankara, Aydın, Bursa, İstanbul, Mersin ve Samsun il belediyeleri olduğu görülmüştür. Araştırmaya göre evde bakım hizmeti için Belediyelerin istihdam ettiği insan gücüne bakıldığında % 44 oranında 11-20 kişilik bir ekiple, % 15 oranında 31ve yukarı sayıda bir ekiple bu görevi yürütmektedir. Belediyelerin % 62'si evde bakım hizmetinde kendi personelinin görev aldığını, ve diğerlerinin ise hizmet satın aldığı tespit edilmiştir. Bu hizmetlerin denetimini % 59 oranında belediye sosyal işler görevlisinin yaptığı, geri kalan oranda ise belediyelerde çalışan sosyal çalışmacı veya sağlık personelinin yaptığı belirtilmiştir (Esatoğlu ve diğerleri, 2013).

2.3.2.2. Evde Sağlık Hizmetleri

SB tarafından 2010 yılında başlatılan “Evde Sağlık Hizmeti”, sağlığın teşvik edilmesi, sürdürülmesi veya yenilenmesi veya hastalık ve sakatlıkların etkilerini en aza indirmek amacıyla hastanın ikametgâhında verilen sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Evde Sağlık Hizmeti; tıp, diş hekimliği ve hemşirelik bakımı gibi hizmetlerin yanında konuşma terapisi, fizyoterapi gibi evde sağlık yardımcısı tarafından

verilen hizmetleri kapsamaktadır (SB, 2018). Bu kapsamda evde verilen bakımın niteliğini ve kapsamını artırmak amacıyla bakım verenin sorumluluğunu üstlenme yeteneğine göre eğitim ve danışmanlık verilmektedir. SB'nın 2015 tarih ve 29280 sayılı **“Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”**ne (2015) göre evde sağlık hizmetlerinin ana çerçevesi “...çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri...” olarak tanımlanmış olup bu kapsamda hizmet verilmektedir. Bu hizmet, en son 2015 yılında SB Halk Sağlığı Kurumu tarafından sürdürülmüş olup 2016 yılında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olarak yapısal değişikliğe uğramıştır. Bu tarihten sonra Mayıs 2017 ayı itibari ile hizmetin yürütülmesi sorumluluğu Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir. Genel Müdürlük'e bağlı kamu ve özel hastanelerde oluşturulan birimlerde evde sağlık hizmeti yürütülmektedir.

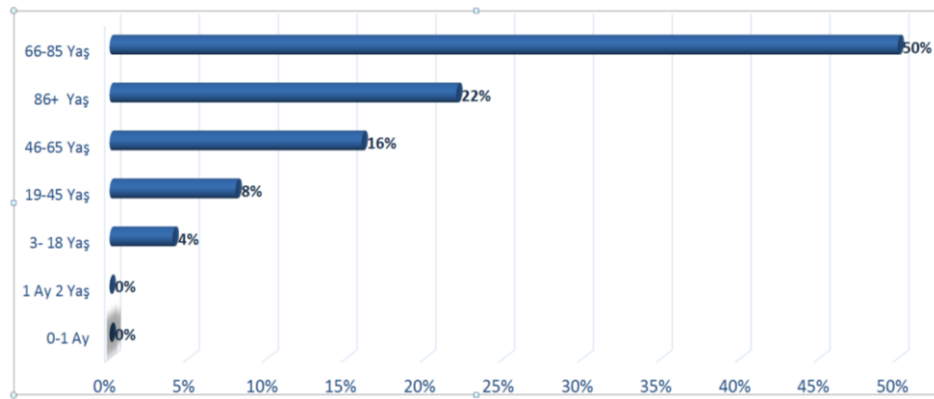
Başta yaşlılara ve her yaşta olanlara evde sağlık hizmeti vermek amacıyla, SB'na bağlı kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde “Evde Sağlık Birimleri” açılmıştır. Bu birimler; ihtiyacı olan bireylerin, muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonların evinde ve aile ortamında yapılması ve bu kişilerle birlikte aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak verilmesini amaçlamaktadır. Birimlerde; hekim, hemşire, ihtiyaç olduğunda fizyoterapist vb. sağlık ekipleri bulunmakta olup, taburculuk sonrası ya da yönlendirme hattından düşen çağrılara bağlı olarak evde sağlık hizmeti vermektedir. SB Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Üniversitelere bağlı hastaneler ile özel hastanelerde yaklaşık 950 adet olan ‘**Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri**’nde hastalara hizmet verilmektedir (SB, 2017a).

Tablo 16. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmeti Sunumu, Şubat 2017

	Ulaşılan Toplam Hasta	Aktif Kayıtlı Hasta	Birim Sayısı	Araç Sayısı	Personel
2010	16.651	16.651	407	78	478
2011	124.085	80.388	642	793	3.512
2012	244.961	138.214	715	956	4.153
2013	280.814	186.666	817	1.128	4.258
2014	510.352	218.353	915	1.111	4.605
2015	693.648	272.934	947	1.251	5.091
2016	907.634	307.742	983	1.548	6.119
2017 (Şubat)	938.604	316.468	985	1.603	6.251

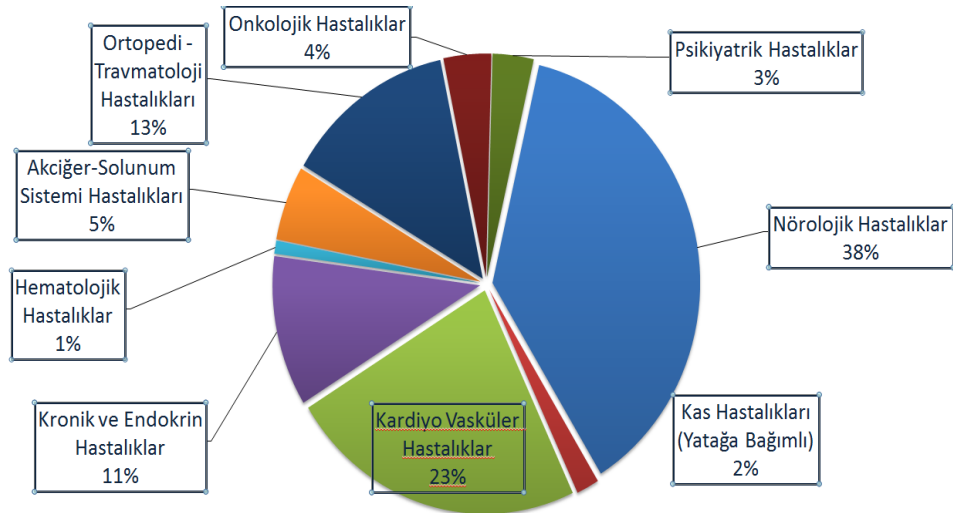
Kaynak: SB yayınlanmamış Uzun Süreli Bakım Raporu 2017

Tablo 16’de görüldüğü gibi SB’nin 2017 Şubat ayı verilerine göre Türkiye genelinde ulaşılan hasta sayısı **938.604** olup, bu hastalardan aktif olarak **316.468** hasta takip edilmektedir. Son yedi yılda birim sayısı (985) iki katının üstüne çıkmıştır. Birimlerde sağlık ekibi yaklaşık 13 kat artmış, araç sayısı ise yaklaşık 21 kat artmıştır. Evde sağlık hizmeti için aylık 3,8 ziyaret ortalaması bulunmaktadır (SB, 2017 a). Evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin, çoğunlukla yaşlılar olduğu görülmektedir.

**Şekil 3.** SB Evde Sağlık Hizmeti Sunulan Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Kaynak: SB yayınlanmamış Uzun Süreli Bakım Raporu 2017

Yukarıdaki Şekil 3’te görüldüğü gibi 2017 yılında, SB verdiği evde sağlık hizmetlerinden % 50 oranında 66-85 yaş arasındakiiler yararlanmıştır. Bu orana 85 yaş üzeri yaşlılar da eklendiğinde % 77’ye ulaşılmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde sırasıyla, nörolojik hastalıklar, kardio-vasküler hastalıklar ve ortopedik hastalıklara yönelik müdahalelerin ön planda olduğu görülmüştür (SB, 2017 a).



Şekil 4. SB Evde Sağlık Hizmeti Sunulan Hastalıkların Dağılımı, Şubat 2017

Kaynak: SB yayınlanmamış Uzun Süreli Bakım Raporu 2017

Şekil 4'ten de anlaşılacağı gibi evde sağlık hizmetinden yararlananların % 38 oranında nörolojik hastalıklar, % 23 kardiyovasküler, % 13 ortopedi, % 11 Kronik ve endokrin hastalıklar nedeniyle yararlandığı anlaşılmaktadır. Bu sayılar bizi engelli yaşlıların evde sağlık hizmetlerinin yanında bakım hizmetlerine de ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Evde sağlık hizmetlerinin sonlandırma nedenlerine bakıldığında en sık karşılaşılan sonlandırma nedeni vefat iken en az karşılaşılan ikinci sonlandırma nedeni, tedaviyi reddetme olduğu belirtilmiştir (SB, 2017 a).

2.3.2.3. *Gündüzlü Bakım Hizmetler*

USB kapsamında 'Gündüzlü Bakım Merkezi' huzurevinin artan maliyetlerine ve yaşlıların topluma dayalı bakım hizmetleri taleplerinin yükselmesine ciddi bir alternatif olarak devletin ve ailelerin tercih ettikleri bir bakım modeli olarak 1970 yıllarından bu yana gelişmiş ülkelerde uygulanan bir bakım modelidir. Huzurevi ve evde bakım arasında ara çözüm alternatifi olarak gelişen gündüz bakım merkezi (GBM) kurumsal bakım merkezlerine gidişi geciktiren, güvenli ve sağlıklı bir ortam yanında sosyal

katılımı sağlayan bir bakım modeli olmasının yanısıra, maliyeti düşük bir hizmet olarak benimsenmiştir (Leichsenring ve diğerleri, 2013).

Toplum temelli bakım yaklaşımına uygun olarak açılan “gündüzlü bakım hizmet merkezleri”nde, bireyin günlük bakım ihtiyaçlarını karşılamanın yanısıra sosyal ve kaliteli zaman geçirme aktiviteleri, fonksiyonel, kognitif ve mental yetersizliği olanlar için oluşturulan programlar yer almaktadır (ASPB, 2017c). Programlar bireysel farklılıklara göre bakım planı oluşturularak; iş-uğraşı ve rekreasyonel çalışmaları, zihinsel aktiviteler, kişiye özel egzersiz, sosyal aktiviteler, yemek ve ara öğünlerin tedariki, yürüme, tuvalet ihtiyacına destek olma, bireysel bakım, güvenli çevre, aktivitelere transferi, sağlık takibi (tansiyon-yiyecek içecek takviyeleri, ilaç almada destek olma, ağırlık takibi vb.) gibi faaliyetler bütünüdür. Gündüzlü merkezlerde özellikle Alzheimer ya da demanslı bireylerin akademik becerisini geliştirecek çalışmaları da içermektedir (BHKS, 2014).

AÇSHB tarafından, Gündüzlü bakım hizmetlerinden yaşlıların yararlanması için Bakanlığın 2008 Tarih ve 26960 Sayılı ‘**Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri**’ yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmelik kapsamında; yaşlıların bakım ihtiyacını çözmek, yaşlılardan evde bakım hizmetine ihtiyacı olanlara evde bakım desteği sağlamak, eve bağımlı yaşayan ve sosyal aktivitelere katılamayan yaşlı bireylerin aktif bir yaşlılık dönemi geçirmesini sağlayacak planlı sosyal faaliyetler gerçekleştirmek, yaşlı bireylere, ailelerine, toplum kesimlerine ve ihtiyaç duyan kurum ve kuruluşlara yönelik psiko-sosyal danışmanlık ve eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek üzere “yaşlı hizmet merkezleri”i kurulmuştur. Yaşlılara verilecek gündüzlü bakım ile evde bakım hizmeti faaliyetleri belirlenmiştir. Ailesiyle veya tek başına evde kalmak isteyen yaşlının, aile bireylerinin çalışması veya bakımını sağlayacak kimsesinin olmadığı durumda gündüz bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Bakanlığın mevzuatına göre hem kamu hem yerel yönetimler hem de özel sektör izin alarak gündüzlü bakım hizmeti verebilmektedir. Ancak AÇSHB’nin bu yönetmeliğe dayalı açtığı yaşlı gündüzlü hizmet merkezleri 2014 yılında politika değişikliği ile AÇSHB bağlı açılan Sosyal Hizmet Merkezleri (SHM) hizmetleri ile birleştirilmiştir.

Tablo 17. Türkiye’de Gündüzlü Merkezlerin Gelişimi

Yıllar	Gündüzlü Merkez Sayısı	Yararlanan yaşlı ve engelliler Sayısı
2017	6	459
2016	6	Bilinmiyor
2015	5	Bilinmiyor
2014	5	Bilinmiyor
2013	6	Bilinmiyor
2012	7	Bilinmiyor
2011	7	Bilinmiyor
2010	7	Bilinmiyor
2009	10	Bilinmiyor
2008	15	Bilinmiyor
2007	17	Bilinmiyor
2006	25	Bilinmiyor
2005	33	Bilinmiyor

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikler-2017(ASPB, 2017 b)

Tablo 17’de görüldüğü gibi 2005 yılında yaşlı hizmet merkezi altında yapılandırılan hizmetten vazgeçilmiş ve tedrici olarak merkez sayısı azaltılmıştır. Bunun yanında Engelliler için gündüzlü bakım ve aile danışma merkezleri faaliyetine devam etmektedir.

Tablo 18. Gündüzlü Bakım Hizmetinden Yararlananların Sayısı, 2018

	Kurum Sayısı	Yatak sayısı	Boş Yatak	Dolu Yatak
AÇSHB’ye bağlı açılan özel sektör Yaşlılar için Gündüzlü Merkezler	-	-	-	-
AÇSHB’ye Ait Engelliler için Gündüzlü Merkezler*	6	459	-	459
TOPLAM	6	459	-	459

Tablo 18’de görüldüğü gibi AÇSHB verdiği gündüzlü merkezlerde verilen hizmet giderek azalmış, 2018 verilerine göre 6 engelli ve yaşlılara yönelik açılan gündüzlü merkezde 459 birey yararlanmıştır (ASPB, 2017b). AÇSHB tarafından açılan bu merkezler ayrıca bireyin yakınlarının ihtiyaç duyduğu alanlarda rehberlik ve danışma hizmeti de sunulmaktadır. Ayrıca yaşlılar için gündüzlü hizmetler geliştirmektedir. Türkiye genelinde Alzheimer hastaları için açılan gündüz kreşlerinin yanında yaşlıların

da geldiği merkezler yaygınlaşmaktadır. İlgili STK'lar tarafından az da olsa sadece Alzheimer hastalarının geldiği gündüzlü merkezler (Mersin, Alaşehir, Konya, Antalya, İzmir, İstanbul, Eskişehir vb.) açılmıştır. Yerel yönetimlerin açmış olan yaşlılar için gündüzlü hizmet merkezleri bulunmaktadır. Yerel yönetimlerce yaşlılar için açılan ve gündüzlü hizmet verilen 'Aktif Yaşam Merkezleri' olarak anılmaktadır. Bu merkezler; Eskişehir, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Konya, Ankara gibi şehirlerde olup gündüzlü bakım hizmeti verdiği bilgisine ulaşılmıştır.

2.3.2.4. *Evde Bakım Aylığı (Evde Bakım Sosyal Yardımı)*

AÇSHB tarafından verilen ve "Evde Bakım" olarak da isimlendirilen bu hizmet evde yakını tarafından bakım hizmeti alanlara, sosyo-ekonomik yoksunluğu bulunanlar için verilen sosyal yardımlardır. ASPB tarafından 2006 yılından bu yana bakım alanların sağlık ve sosyo-ekonomik durumları değerlendirilerek, evde bakım hizmeti karşılığında bakım verenlere nakit para yardımı yapılmaktadır. Sosyal yardım, 2005 Tarihinde yürürlüğe giren Bakanlığın 5378 Sayılı '**Engelliler Kanunu**' ile 2007 Tarih ve 26679 Sayılı '**Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik**' hükümlerine göre verilmektedir. En son 2014/07 Sayılı "Engellilerin Evde Bakımına Destek İçin Verilen Sosyal Yardımlar Hakkında Genelge" ile yapılan sosyal yardım memur maaşı katsayısına bağlanmıştır. (ASPB, 2017c). Gelir testi ve engellilik oranına göre verilen evde bakım sosyal yardımından 2017 yılında yararlananlar aşağıda yer almıştır.

Tablo 19. Evde Bakım Sosyal Yardımı alanlar, 2017

Evde Bakım Sosyal Yardımı	Kişi Sayısı
Yaşlılara verilen	156.234
Engellilere verilen	343.503
Toplam	499.737

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikler-2017(ASPB, 2017 b)

AÇSHB tarafından, muhtaç engelli ve yaşlılardan gelir testi ve engellilik durumlarına ait şartları uygun olanlarının aileleri/yakınlarına verilen "evde bakım sosyal yardımı"na yapılmaktadır. Tablo 19'de görüldüğü gibi 60 ve daha büyük yaşta olup evde bakım

ücreti alan yaşlı sayısı 156 bin 234 'dir (ASPB, 2017b). Tezin ilerki bölümünde, USB finansmanı konusunda ayrıntılı olarak enformellare yapılan sosyal yardım (evde bakım aylığı) ele alınmıştır.

2.3.2.5. *Evde Destek Hizmeti*

Evde destek hizmetleri; kendi evlerinde yaşayan fonksiyonel sınırlamalara sahip kişilere verilen hizmetler olarak tanımlanmıştır. Evde bakımından avantajı, özerklik ve kişisel kontrol garanti ederek, düzenli yardım isteyen kişiler için özel olarak tasarlanmış, desteklenmiş, uyarlanmış yaşam düzenlemeleri içermesi olarak tanımlanmıştır (OECD, 2013). Toplum temelli bakım kapsamında verilen bu hizmet evde bakım hizmeti almak isteyenlerin evlerinde teknoloji yardımı ile izlenmesi ve desteklenmesidir. Bakım hizmetlerinde teknolojinin kullanılması böylece yaşlıların kurumsal bakım yerine yaşadığı ortamda bağımsız yaşamı tercih etmesi, yerel yönetimlerin organizasyonunda ev odağında bütünleşmiş bakım ve birçok bireyin tercih ettiği toplumda bağımsız yaşamın sağlanması hedef olarak benimsenmiştir. Bu hedeflere bağlı olarak 'Bakımda Bilgi İletişim Teknolojileri' (BİT) ile ilgili gelişmeler ve destekleyici teknolojik aletlerin geliştirilmesi önem kazanmıştır (UN, 2016 b).

Dünyadaki nüfusun artması nedeniyle hem bakım yükü hem de bakım masrafları artmıştır. Bu nedenle, bakım hizmetlerinde '**Bilgi İletişim Teknolojileri**' (BİT) kullanıp bakım hizmetlerinin maliyetinin en aza indirilebileceği konusu gündeme gelmektedir. Örneğin diyabet hastaları için şeker takibi, Alzheimer için ev güvenlik sistemleri gibi yaşlı insanlar için teknolojik ürünler üretilmiştir. Türkiye'de özel sektöre ait evde bakım hizmetleri ve mobil sağlık hizmetleri için BİT kullanılmaya başlanmıştır. Bakım hizmetlerine erişimi artırmak, sürdürülebilir bakımı sağlamak ve sağlık ve sosyal bakım harcamalarını azaltmak için USB hizmetlerinde uygulanabilir BİT kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır (Vural ve Özgöbek, 2017).

Destekleyici teknolojilerden ve BİT'ten yararlanma; yaşlının başkalarına olan bağımlılığını azaltan, yaşam kalitesini yükselten, ev ve birey güvenliğini artıran aynı zamanda da topluma katılımını kolaylaştıran temel bir öge olarak görülmektedir. Ayrıca, yaşlının fonksiyonel kapasitesini artırdığı gibi bir başkasına duyulan yardımları

potansiyel olarak en aza indirdiğinden formel ve enformel bakım gereksinimini de azalttığı düşünülmektedir. Aynı zamanda BİT kullanımı;

- ✓ Hekim muayenehanelerine (planlanmamış) gidişin azaltılması,
- ✓ Sağlığın sürdürülmesi için erken müdahale yapılması veya hastaneye yeniden yatışın önlenmesi,
- ✓ Hastalara, hastalığın başlangıç belirtilerinin öğretilmesi ve ne yapacakları hakkında bilgilendirilmesi ile akut olumsuz koşulların ortaya çıkışının önlenmesi,
- ✓ Yaşlıların bakım hizmetlerine kolaylıkla erişebilmeleri,
- ✓ Hayati bulgularının olası değişimi karşısında erken müdahale olanağı sağlaması,
- ✓ Erken teşhis ve tedavide önemli bir bileşen olan 24 saat süreyle hayati bilgi akışına dair bilgilerin elde edilmesini

sağlamış olmaktadır (Oğlak, 2011)

Henüz sınırlı kullanımda bulunmakla birlikte BİT'in yaşı bakımında kullanılması teşvik edilmektedir. Teknolojik destek hizmetleri kapsamında düşmeye karşı alarm sistemleri, TV ya da radyo aracılığıyla ilaç alım saatleri ya da günlük programların hatırlatılması, kamera ile gözlem vb. hizmetleri sunulmaktadır. Amaç kişiye günlük aktivitelerini yaparken destek sağlayarak daha uzun süre kendi evinde yaşayabilecek yaşam kalitesini sunmak ve aynı zamanda genel sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmaktır (Iliev ve diğerleri, 2011).

Bu konuda, Türkiye'de yapılan önemli çalışmalardan biri Ankara Valiliği ve Sosyal Hizmetler Araştırma Belgeleme Eğitim Vakfı (SABEV) katkılarıyla hazırlanan 'Yaşam Destek Projesi' olup 2010-2016 yılları arasında yürütülmüştür. Bu kapsamda yaşlıların evine yerleştirilen BİT cihazları sayesinde evdeki yaşlıların durumu 7 gün 24 saat kontrol altında tutulmuştur. Cihaz kolye şeklinde boyuna ya da kemere takılarak, düğmeye basıldığında kişinin bilgileri, kullandığı ilaçlar, geçirdiği hastalıklar, ulaşılabilir yakınları, komşularının Çağrı Merkezinde ve sağlık birimindeki görevlinin ekranında görünmesi sağlanmıştır. Eğer acil durum sinyali geliyorsa sağlık ekibinin gitmesi, güvenlik ile ilgili bir durumda en yakın güvenlik biriminin gitmesi sağlanmıştır. Hasta ilacını almadığında cihaz sağlık merkezini uyarmaktadır. Aylık

40TL karşılığında yararlanılabilen hizmet öncelikli olarak Çankaya, Yenimahalle, Mamak, Altındağ ve Keçiören ilçelerinde uygulanmıştır (Tomanbay, 2016).

Mülga ASPB tarafından hazırlanan Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planında (2011-2013) da evde bakım ve kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin geliştirilmesi üzerinde durulmuştur (ASPB, 2016 a). Bu plana istinaden Türkiye'de yerel düzeyde hizmetleri iyileştirmek ve biyo-psikolojik destek ihtiyacı olanlara destek olmak amacıyla Yaşlı Destek Programı (YADES) projesi kapsamında da BİT kullanımını geliştiren projeler desteklenmiştir (ASPB, 2017d). Bu projeler dahilinde, Bakanlığın tecrübesinden yararlanarak bakım ihtiyacı olan bireylerin günlük faaliyetlerini değerlendirerek kaliteli ve düşük maliyetli sağlık ve bakım hizmetleri sunmak için evde bakım hizmetlerinde BİT kullanımını yaygınlaştırması amaçlanmıştır (Vural ve Özgöbek, 2017). AÇSHB'nın bakım hizmetlerinde BİT kullanılmasına yönelik proje uygulamaları 2018 yılında da devam etmektedir.

Bakanlığın, USB hizmetleri kapsamında verilerin toplanması amacıyla makro düzeyde BİT kullanması önemli hale gelmiştir. Bu konuda yapılan çalışmaların başında Sosyal Yardım Bilgi Sistemi (SOYBİS) gelmektedir. SOYBİS ile devlet tarafından verilen tüm sosyal yardım veri tabanları bütünleştirilerek hanehalkı yaklaşımı ile kurumsal bir sosyal yardım sistemi altyapısı oluşturulmuştur. Böylece; Mülga ASPB ile Sosyal Dayanışma ve Destek Vakfı (SYDV) arasında oluşturulan bilgi sistemi aracılığıyla sosyal güvenlik, tapu, nüfus ve benzeri 13 veri tabanından 28 ayrı sorgulama anlık olarak yapılabilir hale getirilmiştir. Aynı zamanda sisteme sosyal hizmet bileşenlerini de dâhil ederek Aile ve Sosyal Destek Projesi'nin (ASDEP) ihtiyaç duyduğu bilgi işlem altyapısını oluşturmak için Bakanlık ve BM Kalkınma Programı (BMKP) ortak çalışması planlanmıştır. Bu kapsamda Bakanlığın politikası gereği 'arz eksenli hizmet modeli' kapsamında, temas edilen hanelerdeki yaşlı sayısı, sağlık durumu, yardım ihtiyacının olup olmadığı, ihtiyaç duyulan destek türü, verilen destek ve sosyal hizmetlerin kapsamı, hane ve/veya yaşlının yönlendirildiği kurumlar gibi yaşlı hakkında detaylı ve sürekli bilginin tutulduğu bilgi işlem altyapısının kurulma çalışmasını başlatmıştır (ASPB, 2016 d).

2.3.2.6. *Geçici Bakım*

Evde bakımı devam edenlerin yaşamının desteklenmesi için geçici olarak kurumlarda bakım verilmesi hizmetidir. Bu hizmet Mülga ASPB 2016 yılında yayınlanan 29878 sayılı “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve 2008 yılında yayınlanan 26960 sayılı “Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği”nde tanımlanmıştır. Ailesi yanında bakılan bireyin ailelerinin sağlık, seyahat gibi nedenlerle il dışı veya yurt dışına çıkması nedeniyle, geçici olarak bir yıl içerisinde 30 gün süreyle, yatılı hizmet veren bakım merkezlerinden bakım hizmeti alabilmesi düzenlenmiştir. ASPB tarafından kamuya ait ve özel sektörün açtığı bakım merkezlerinde verilen geçici ve misafir bakım hizmetinden başvuru yapan engelli veya yaşlı bireyler faydalanmaktadır (ASPB, 2017c).

2.3.2.7. *Evin Hazırlanması*

Evde yaşam desteğinin sürdürülebilir olması için, bireyin ihtiyacına göre yaşadığı ortamın güvenliği ve erişebilirliğini sağlamak amacıyla, “mekânların uygun hale getirilmesi” yerel yönetimler ya da kamuda oluşturulacak hizmet birimleri tarafından yapılabilmektedir (BHKS, 2014). Bu hizmetler ergonomi yaklaşımları temel alınarak bu alanda yeterlilik belgesi olan profesyoneller (mimar, mühendis, fizyoterapist, ergoterapist vb.) ve ustalarca yapılmaktadır. Bu hizmet yerel yönetimlerce yerine getirilmekte olup, Türkiye’de henüz yaygınlaşmamıştır.

2.3.3. **Rehabilitasyon Hizmeti**

Tedavi, eğitim ve bakım hizmetleri ile birlikte “**rehabilitasyon hizmetleri**” de verilmektedir. DSÖ tarafından "Rehabilitasyon 2030 hedefleri"ne uygun olarak sağlık ve bakım hizmetlerinde rehabilitasyonun güçlendirilmesine ilişkili Türkiye'nin rehabilitasyon hizmetine ait mevzuatı ve düzenlemeleri bulunmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2001 resmi huzurevi yönetmeliğinde, “rehabilitasyon hizmeti” tanımlanmıştır. Bu tanımda “...doğuştan veya sonradan her hangi bir hastalık ya da kaza sonucu kalıcı veya geçici olarak bedensel ve zihinsel yeteneklerini

farklı 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 tümü...” şeklinde yer almıştır (ASPB, 2017c).

Engelli/yaşlıların yaşam kalitesine etkili olan rehabilitasyon hizmeti, halen geçerli olan Mülga SHÇEK’in 2828 Sayılı “Sosyal Hizmet Temel Kanunu” kanunda bulunmaktadır. USB kapsamında kurumsal bakım veren kuruluşlarda, yaşlıların GYA’nin desteklenmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanması esas alınmıştır. Yaşlı veya engellilere hizmet veren rehabilitasyon ekibi ise sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik danışman, gerontolog, çocuk gelişimci, fizyoterapist, ergoterapist, özel eğitim bölümü mezunlarından vb. oluştuğu vurgulanmıştır. Kanunu’na göre “...ihtiyacı olan, engelli ve yaşlıların hayatlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, ihtiyacı olan engellilerin toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde **bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması**, bunlardan tedavisi mümkün olmayanların sürekli bakım altına alınması amacıyla gerekli her türlü tertip ve tedbir alınması...” hükme bağlanmıştır. Eşit katılım için, engellilerin sahip oldukları hak ve yükümlülükler konusunda birey, aile ve toplumun bilinçlendirilmesi, **tıbbî bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması**, günlük yaşamlarında kendi başlarına yaşayabilme kapasitelerinin artırılmasına ilişkin tedbir alınmasını öngörmüştür. İstihdamın, mesleki **eğitim ve rehabilitasyonla** birlikte gerçekleştirilmesi, istihdam alanlarının engellilerin kullanımına uygunluğunun sağlanması ve teknolojiye uygun alet ve cihazların engellilerce elde edilmesini kolaylaştırıcı önlemlerin alınmasına ilişkin tedbirleri açıklamıştır. AÇSHB’na bağlı olarak engelli ve yaşlılar için açılan “Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri” bedensel, zihinsel ve ruhsal engellilikleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşları olarak tarif edilmektedir (ASPB, 2017 c). Bakanlığın hizmetlerinde bakım hizmetinin rehabilitasyondan ayrı düşünülemez olduğu anlaşılmaktadır. Lakin bu yaklaşım kamuya ait USB hizmetleri düzenlemesinde kısmi olarak yerine getirilsede

özel sektöre ait girişimlerde göz ardı edilebilmektedir. Özel sektörün verdiği bakım hizmeti düzenlemelerine ilişkin Temel Kanun'da yer almasına rağmen yönetmeliklerde rehabilitasyon hizmeti zorunlu tutulmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı; 1987 Tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre (Madde 3) “... koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan malzemenin üretimi ve kalitesini kontrol etme ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketimini kontrol etme, amaç dışı kullanımını kontrol etme, mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye...” yetkili kılınmıştır. Sağlık Bakanlığı 663 Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'ye göre (Madde 2) teşhis, tedavi ve **rehabilite edici** sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, **Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**'ne verilmiştir. Aynı zamanda (Madde 29) Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve **rehabilite edici** sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı **Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü** kurulmuştur. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun da değişiklik ile (Madde 58) Bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak olarak tarif edilmiştir. Rehabilitasyon hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı mevzuatında bu seviyede ele aldığı görülmüştür. Ayrıca 1219 Sayılı Tababat ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da “rehabilitasyon” ifadesi, ek madde 13'de fizyoterapistlik mesleğini tanımlarken hekimlik branş adı olarak geçmektedir. Hizmet tanımı olarak rehabilitasyon kavramına rastlanmamaktadır. 209 Sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun “rehabilitasyon (esenlendirme)” ifadesi başlık haricinde herhangi bir yerde geçmemektedir, tanım yapılmamıştır.

DSÖ tarafından sağlık politikası belirleyicileri, işgücü ve eğitim gibi sektörler için hazırlanmış olan "Rehabilitasyon 2030 hedefleri"ne göre sağlık hizmetlerinde rehabilitasyonun güçlendirilmesi için:

1. Rehabilitasyonun sağlık sistemine entegre edilmesi,
2. Hastanelerde, karmaşık ihtiyaçları olan yatan hastalar için özel rehabilitasyon üniteleri bulundurulmasının sağlanması,
3. Destekleyici ürünlerin sağlandığı kullanıcılara yeterli eğitim verilmesi,
4. Rehabilitasyon hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi,
5. Hem toplum hem de hastane rehabilitasyon hizmetlerinin mevcut olduğundan emin olunması,
6. Rehabilitasyon hizmetlerine finansal kaynaklar tahsis edilmesini sağlanması,
7. Çok disiplinli bir rehabilitasyon iş gücünün mevcudiyetinin sağlanması,
8. Yardımcı cihazların ihtiyaç duyan herkese açık olmasını sağlayan finansman ve satın alma politikalarının uygulanması,
9. Sağlık sigortasının mevcut olduğu veya sigortanın var olması durumunda rehabilitasyon hizmetlerini kapsadığına emin olunması.

önerileri geliştirmiştir (DSÖ, 2018). Türkiye’de bu hedefler doğrultusunda rehabilitasyon hizmetini geliştirme hedefi belirlemelidir.

2.4. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE GÖREV ALAN İNSAN GÜCÜ

USB hizmetlerinde bir diğer önemli konu ise insangücü olarak karşımıza çıkmaktadır. AÇSHB, bakım hizmetleri kurum içinde ekip anlayışı ile çalışmayı kamuya ait bakım hizmeti vermek için 2002 yılında yayınlanan “Huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi Yönetmeliği” kapsamında mevzuata bağlamıştır. Bu yönetmelikte ‘**Koordinasyon ve Değerlendirme Komisyonu**’ oluşturulmuştur. Yönetmeliğe göre kuruluşlarda çalışmalarını yürütmek, meslekler arası koordinasyon ve ekip çalışmasını sağlamak amacıyla; müdür, müdür yardımcısı, sosyal çalışmacı, psikolog, tabip, fizyoterapist, diyetisyen ve hemşirelerin yer aldığı komisyon yaşlının gereksinimlerine uygun bakım planı oluşturmak ve takip etmek için bu komisyon kurulmuştur. Aynı zamanda huzurevi yönetmeliğinde rehabilitasyon ekibi olarak komisyonda sayılan meslekler için görev tanımları ayrı ayrı yapılmıştır. 2008 yılında yayınlanan “Özel Huzurevi Yönetmeliği”nde de benzer tanımlar yapılmıştır. Türkiye’de

ASPB bünyesindeki USB hizmeti veren yaşlı bakım kuruluşlarında idareciler, idari- teknik destek personel yanında, yaşlıların kişisel bakımlarını gerçekleştiren bakım elemanları ile meslek / sağlık personelinin görevleri belirlenmiştir. AÇSHB Bağı kamu ve özel sektöre ait merkezlerde görev alan tüm personel için öğrenim koşulları mevzuat ile düzenlenmiştir. Ancak sağlık personeli olarak tanımlanan grupta hekim ve hemşire dışında görev alan mesleklerin ön lisans mezunu olmaları beklenmektedir (ASPB, 2017c). Bu Yönetmelikte, rehabilitasyon ekibinde görev alan sağlık mesleklerinin bakım merkezlerinde görevlendirilmesi zorunlu değildir.

USB kapsamında kamuya ait engelli bakım merkezlerine görev alanlar; 2006 yılında yayınlanan “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmî Kurum Ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği”ne göre çalışanların özellikleri belirlenmiştir. Bu yönetmelikte “Mesleki Personel”i olarak adlandırılan ekipte; sosyal çalışmacı, psikolog veya çocuk gelişimci unvanına sahip olan personeli, “Sağlık Personel”i olarak ise hemşire veya sağlık memuru unvanına sahip olan personeli tanımlamıştır. Diğer bir yönetmelik olan 2010 yılında yayınlanan “Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik”te meslek elemanı/mesleki personel; lisans eğitimi ile aldığı mesleki unvanına uygun olarak merkezde görevlendirilen personel, olarak tanımlanmış olup rehabilitasyon ekibinde öğretmenlere de yer verilmiştir. Bunun yanı sıra AÇSHB’nın 2016 yılında yayınlanan “Özel Engelli Bakım Yönetmeliği”nde ise meslek elemanı ve sağlık personeli tanımları ayrıntılı olarak yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre meslek personeli olarak; aldığı lisans eğitimi ile sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik danışman, gerontolog, çocuk gelişimci, fizyoterapist ve ergoterapist unvanına sahip olanlar ile fakültelerin özel eğitim bölümü mezunları, sağlık personeli olarak ise tabip, hemşire ve hemşire yardımcısı, acil tıp teknisyeni/teknikeri, sağlık memuru, ebe ve ebe yardımcısı, sağlık teknisyeni/teknikeri, bedensel engellilere hizmet veren merkezlerde fizik tedavi teknisyeni/fizyoterapi teknikeri tanımlanmıştır (ASPB 2017 c). Yönetmeliklere göre USB hizmetleri kapsamında hizmet veren bakım merkezlerinde zorunlu tutulan bir meslek grubu (60 kapasite üstü engelli bakım vermek isteyen özel engelli bakım merkezlerinde fizyoterapist çalışması dışında) bulunmamakta yani norm kadro istenmemektedir. Türkiye’de ağırlıklı olarak USB hizmeti veren AÇSHB’na bağlı

açılan engelli/yaşlılara hizmet veren kamuya ait bakım ve rehabilitasyon merkezleri çalışan insan gücü istatistikleri aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 20. AÇSHB Bağlı Yaşlı ve Engellilere Bakım Veren Kamuya ait Merkezlerde Çalışan Personel Dağılımı

	Huzurevi	Engelli bakımevi
Merkez sayısı	144	98
Genel idare	495	329
Sağlık hizmetleri	877	407
Eğitim öğretim hizmetleri	33	120
Teknik hizmetler	50	13
Yardımcı hizmetler	415	337
Din hizmetleri	37	4
Kadrolu Personel Toplamı	1907	1210
Özel hizmet alım yoluyla görev yapan bakım ve temizlik elemanları	5617	6192
Genel Toplam	7524	7402

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikler-2017(ASPB, 2017 b)

Yukarıda Tablo 20’de görüldüğü gibi kamuya ait merkezlerde yaşlılara ağırlıklı olarak sağlık hizmeti verilmesine karşın engellilerde eğitim hizmetleri veren insangücü öne çıkmaktadır. USB kapsamında AÇSHB’na bağlı açılan özel sektöre ait engelli bakım hizmetlerinde çalışanların sayısı ve personel hareketlerine dair kayıtlar il müdürlükleri tarafından izlenmektedir. Ancak bu kayıtlar Türkiye genelinde tek elden tutulmadığından dolayı toplam sayıya ulaşamamıştır. Bu nedenle AÇSHB mevzuatında zorunlu tutulan insangücü ve bakmakla zorunlu oldukları kişi sayısını baz alan tahmini oranlar belirlenmiştir. Bu belirlenen oranlara göre Türkiye genelinde özel bakım merkezlerinde çalışanların sayıları aşağıdaki gösterilmiştir.

Tablo 21. ASPB Bağlı Yaşlı Ve Engellilere Bakım Veren Özel Merkezlerde Çalışan Personel Dağılımı (Tahmin)

	Hesaplamalar	Tahmini Toplam Çalışan Sayısı
ÖZEL/STK, KAMU VD. HUZUREVİ VE YAŞLI BAKIM MERKEZLERİ		
Merkez sayısı	182*	
Hizmet alan sayısı	12.147*	
Mevzuat gereği zorunlu idare ve diğer çalışan sayıları	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Müdür (182) ➤ 1 Meslek elemanı (182) ➤ 50 kişiye 1 sağlık personeli (12.147/50=243) 	182+182+243= 607
Mevzuat gereği zorunlu bakım hizmeti veren (merkezlerin yaklaşık yarısı huzurevi yarısı bakımevi olması nedeniyle)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 Huzurevi yaşlısına 1 (12.147/2/15=405) ➤ 10 bakımevi yaşlısına 1 (12.147/2/10=607) 	405+607=1.012
Toplam çalışan sayısı		1.619
ÖZEL ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİ		
Merkez sayısı	196*	
Hizmet alan sayısı	14.080*	
Mevzuat gereği zorunlu idare ve diğer çalışan sayıları	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Müdür (196) ➤ 1 Meslek elemanı (196) ➤ 36 kişiye 1 sağlık personeli (14.080/36=391) 	196+196+391=783
Mevzuat gereği zorunlu bakım hizmeti veren	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 engelli bireye 1 Bakım veren (14.080/6=2.347) 	2.347
Toplam Çalışan Sayısı		3.130
GENEL TOPLAM		4.749

Kaynak: * ASPB Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikler-2017 (ASPB, 2017 b)

USB kapsamında özel sektörde çalışan insan gücüne bakıldığında Tablo 20'den anlaşılacağı gibi bakım elemanlarının ağırlıklı olarak çalıştığı görülmektedir. Özel sektörün hem engelli hem de yaşlılara bakım hizmeti veren merkezlerde rehabilitasyon hizmetinin zorunlu tutulmamıştır (ASPB, 2017 c). Sosyal hizmet alanında en önemli sorunlardan biri nitelikli personel eksikliği olarak tespit edilmiştir. Sosyal hizmetlerin sunumunda özellikle bakım hizmetlerinde bakım elemanı ve meslek elemanı ihtiyacı

bulunmaktadır. Norm kadro uygulamasının bulunmaması ve meslek standart/yeterlilik programlarının eksikliği hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (ASPB, 2013a).

Diğer taraftan Türkiye genelinde USB hizmetlerinde görev alan “Bakım Elemanları”nın duruma bakılacak olursa eğitim veren kurs, lise ve ön lisans programları bulunmaktadır. Bakım elemanı olmak için eğitim almak isteyen her düzeyde örgün eğitim mezunları, MEB Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü, Yaygın Eğitim Grup Başkanlığına bağlı “Halk Eğitim Merkezleri”nden, MEB-İŞKUR protokolü ile açılan özel ya da yerel yönetim birimlerine bağlı açılan “Yaşlı, Engelli ve Hasta Bakım” kurslarından 560 saatlik sertifika programları ile eğitim alabilmektedir. Talep olması halinde yılda 3 dönem açılabilen programlardan yılda 45 bin kişinin sertifika alması mümkündür. Yine MEB Mesleki Eğitim Genel Müdürlüğüne bağlı 31 ilde bulunan Anadolu Meslek Liseleri’nde 4 yıllık ‘Hasta ve Yaşlı Bakım Programı’ oluşturulmuştur. Yine örgün eğitimde programdan yılda 500 kişinin lise diploması ile bakım elemanı olarak mezun olması sağlanmıştır. YÖK’e bağlı devlet ve özel vakıf üniversitelerinde açılan 99 “Yaşlı Bakım Teknikerliği” ön lisans bölümünde ise 3146 kontenjan bulunmaktadır (ASPB, 2016 c).

Hizmet kalitesini geliştirmek amacıyla, Mesleki Yeterlilik Kurumu ve Mülga ASPB tarafından 2013 yılında, USB alanında çalışanları belirlemek amacıyla işgücü haritası çıkarılmıştır. Bu alanda doğrudan ve dolaylı olarak görev alan meslekler belirlenmiştir. . Bu çalışma kapsamında hazırlanan 3-4-5. seviyede “Engelli ve Yaşlı Bakım Elemanı”, “Engelli ve Yaşlı Bakım Koordinatörü” ile 6. seviyede “Gerontolog” meslek standartları belirlenmiştir (ASPB, 2016 c).

USB kapsamında SB’nın palyatif bakım merkezlerinde çalışan insangücüne bakıldığında; hekim, hemşire çalışması öngörülmüş fakat psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu bulunmamaktadır. İhtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanması öngörülmektedir. Yine SB tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinde ise hekim, hemşire veya sağlık memuru görevlendirilmiş olup psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık mesleklerinde ekipte bulunabileceği belirtilmiştir (SB,

2017 a). Ancak bu merkez ve birimlerde rehabilitasyon ekibi gibi bakım elemanları da zorunlu tutulmamıştır.

SB'nca Türkiye'deki sağlık ve bakım alanında yer alan iş gücü hedefleri ile eğitimdeki mevcut durumun devamı halinde oluşacak sağlık insan gücü arzını karşılaştıran '**Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu**' raporu yayınlanmıştır (SB, 2014). SB tarafından yapılan bu çalışmada, AÇSHB mevzuatında yer alan bakım ve rehabilitasyon hizmetinde görev alan meslekler (Sosyal Hizmet Uzmanları, Gerontolog, Evde Bakım Teknikeri, Yaşlı/ Engelli Bakım Teknikeri, Aile ve Tüketici Bilimleri Uzmanları mesleği vb.) bu raporda yer verilmemiştir.

Tablo 22. USB Hizmetlerinde Çalışan İnsangücü ve 2023 hedefi

	Meslek	2023 Hedefi	Mevcut durumun devamı halinde oluşacak arz
1.	Dil ve konuşma terapistiği	850	653
2.	Diş hekimliği	38.000	44.800
3.	Diyetisyenlik	4.300	16.800
4.	Eczacılık	31.300	39.400
5.	Ergoterapistlik ve ergoterapi teknikerliği	3.500	1.000
6.	Fizyoterapi teknikerliği	3.500	10.700
7.	Fizyoterapistlik	10.000	29.200
8.	Hekimlik	200.000	205.300
9.	Hemşire yardımcılığı	23.900	-
10.	Hemşirelik	315.000	321.000
11.	Klinik psikolog	3.500	2.660
12.	Odyologluk ve odyometri teknikerliği	3.550	5.000
13.	Sosyal Çalışmacı	*	*
14.	Aile Ekonomisti	*	*
15.	Gerontolog	*	*
16.	Yaşlı bakım teknikeri	*	*
17.	Engelli bakım teknikeri	*	*

*SB Öngörüsü bulunmamaktadır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 'Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu' Raporu, Haziran 2014

Yukarıdaki Tablo 22'de USB kapsamında SB'nın verilerine göre rehabilitasyon hizmetlerinde görev alan meslekler yer almaktadır. Bu tabloya bakıldığında bazı meslekler (dil ve konuşma terapistiği, ergoterapist vb.) sistemin ihtiyacına yetmezken bazı mesleklerin ise sistemin ihtiyaç öngörüsünün üstünde olacağı görülmektedir. Bunun yanında AÇSHB'nın da bakımda insan kaynaklarına yönelik bir çalışması bulunmamaktadır. USB hizmetlerinde görev alan yaşlı bakım teknikerliği gibi yeni

meslekleri de içine alan insan gücü projeksiyonlarına ve SB ile AÇSHB'nın birlikte çalışmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

2.4.1. Enformel Bakımda İnsangücü Kaynağı

Nüfusun yaşlanması, uzun süreli yaşlı bakım hizmetlerine olan gereksinimi önemli ölçüde artırmaktadır. Türkiye'nin yaşadığı demografik değişim, artan bakım ihtiyacı aile içinde enformel bakıma yönelik çözüm arayışlarını getirmiştir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003). Bakım hizmetlerinin kamu bütçeleri üzerinde yarattığı maliyet baskısının azaltılmasına yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. USB hizmetleri, refah devletine dönüşümün en önemli ayaklarından birini oluşturmaktadır. Maliyet avantajı nedeniyle enformel bakım hizmeti verenleri teşvik etmek amacıyla evde bakım yapanlara nakit yardımlar vb. yapılmaktadır. Bu konuda yakınlarına bakım verenler için maddi destek yanında farklı düzenlemelerde bulunmaktadır. Örneğin Almanya'da yakınına bakım veren çalışana en fazla iki yıl olmak üzere izin verilmektedir. Bu düzenlemelere göre ayrıca bakım veren yakının çalışma süresini ayda 15 saate kadar indirmelerine izin verilmektedir. Bir aile içi bakım süresi hakkı en az 25 çalışanı olan bir işletmede geçerli olmaktadır. Ayrıca çalışanın burada da faizsiz kredi alma hakkı da bulunmaktadır (Arbeiter-Samariter, 2015).

Aközer ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada, evde enformel bakım verenler tarafından verilen bakım hizmetinin tercih edilmesinin yanında huzurevlerine ilişkin genel kanının ise olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, huzurevleriyle ilgili doğrudan deneyimi olan kişilerin, bu kuruluşları yaşlıların terk edildiği mekânlar olarak algıladığı tespit edilmiştir. Huzurevlerinin kalabalık ve hayattan kopuk olduğu, yaşlıların kalabileceği, daha az kişinin yaşayabileceği yerler gerektiği belirtilen düşüncelere rastlanılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin de tam olarak nasıl işleyeceği konusunda kesin fikirler çıkmasa bile devletin bu konuya ağırlık vermesi gerektiği vurgulanmıştır (Aközer ve diğerleri, 2011). Hem toplumda var olan genel geçer algı hem de bununla paralel olarak aile yanında bakımın teşvik edilmesi, insanların kurum bakımını tercih etmemesinde etkin rol oynamaktadır. Ayrıca, var olan hizmetlere dair bilgi eksikliği ve başvuru prosedürünün karmaşıklığı da yan sebepler olarak ifade edilmektedir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003).

Kalaycıoğlu ve arkadaşlarına (2016) göre yaşı bakımının çoğunlukla yaşılinın evinde, yaşı yakınlarının gözetim ve denetiminde verildiği ancak yakınlarının yaşılinın evinden farklı evde yaşıyor olması yatılı bakıcıyı olanaklı kıldığı görölmektedir. Ankara ilinin üç değişik ilçesinde yapılan ankete göre görüőülenlerin hepsinin 2-4 odalı apartman dairelerinde yaşıadığı, ortalama hane büyüklüğünün 3,4 kişı olduğu bulunmuştur. Bu koşullar altında evde bir bakıcının yatılı kalmasının zor olduğu, yatılı bakıcı ücretinin de günlük bakıcıdan daha pahalı olduğu görölmüştür. Bunlarla ilişkilili olarak yerli işgücünün çoğunlukla evli ve/veya çocuklu olması yatılı kalmaya izin vermemektedir. Buna göre yatılı bakım hizmet talebindeki boşlukta yabancı işgücü devreye girmekte ve iki grup bu konuda birbirine “rakip” olmamaktadır (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2016)

USB hizmetinde ailelerden ve yerli çalışanlardan sonra göçmen çalışanlarında önemli derecede sorumluluk aldığı görölmektedir. Son yıllarda uluslararası göç literatüründe yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanan “bakım göçü” kavramı refah seviyesi yüksek ölkelerin, nispeten fakir ölkelerden “bakım ve sevgi ithali” anlamına da gelmektedir (Akalin, 2014). Türkiye’ye bu anlamda çoğu başta Gürcistan olmak üzere Orta Asya ölkelerinden ve eski Sovyet Cumhuriyetlerinden evde bakım işinde çalışmaya gelenler olmuştur. Genellikle Türkiye’de kalış yılları da uzundur ve 2 ila 11 yıl arasında değişmektedir. Bu bilgi, kadınların burada tahmin ettiklerinden daha uzun süre kaldıklarını ve kendi memleketlerindeki hanelerinin tek gelir kazananı olarak ihtiyacın sürekli olduğunu göstermektedir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2003)

Bakım hizmetlerinin enformel bakım verenler arasında yabancı işgücüne ilişkin Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) verilerine göre yurtdışından Türkiye’ye her alanda çalışmak için gelen çeşitli eğitim seviyelerinde toplam 73.560 yabancı çalışan olduğu açıklanmıştır. ÇSGB Yabancı İşgücü Raporuna göre 2017 yılında çoğunluğu Gürcistan, Kırgızistan, Özbekistan, Filipinler olmak üzere yurtdışından gelenler olduğu görölmektedir. Bakanlığın tanımladığı çalışma alanları arasında muhtemelen bakım hizmetleri olarak değerlendirilebilecek alanlar aşığıda verilmiştir. Bu alanlarda çalışan yabancılar arasında sadece yaşı bakım hizmetini tercih edenlerin sayısına ulaşılammıştır (ÇSGB, 2018).

Tablo 23. Yabancıların Çalıştıkları USB Hizmetleri Kapsamı İle İlgili Çalışma Alanları

Çalışma Alanları	Çalışan Sayısı
İnsan sağlığı hizmetleri	1.332
Yatılı bakım faaliyetleri	41
Barınacak yer sağlanmaksızın verilen sosyal hizmetler	160
Ev içi çalışan personel	17.026

Kaynak: CSGB Yabancı İşgücü Raporu (ÇSGB, 2018).

Tablo 23’de, anlaşılacağı gibi yaşlı ve engelli bireylere bakım hizmeti verenlere ilişkin kesin sayısal veriler bulunmamasına rağmen muhtemel bakım alanına yakın çalışma alanlarında görev alan yabancıların sayısal verileri bulunmaktadır. Ev içi faaliyetler kapsamında da çalışan yabancılar kimi zaman bakım hizmeti de verdiği görülmektedir. ÇSGB tarafından yayınlanan istatistiklere göre yurt dışından gelen yabancıların eğitim düzeyleri çeşitlilik gösterdiği ancak Türkiye’de dil yeterliliği ve bakıma özgü bir eğitim aldıklarına dair bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Tablo 24. Yurt Dışından Gelen Yabancıların Sayıları ve Geldikleri Ülkeler

Eğitim Durumları	Çalışan Sayısı
Okur yazar	2.242
İlkokul	1.146
Orta okul	6.574
Lise	27.442
Yüksekokul	7.062
Üniversite	21.717
Y. Lisans ve üstü	540
Bilinmeyen	6.837
Toplam	73.560

Kaynak: CSGB Yabancı İşgücü Raporu (ÇSGB, 2018).

Tablo 24’de yurt dışından çalışmaya gelenlerin çoğunluğunun lise veya üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışanların geneli üzerinden eğitim düzeyleri görülen tabloda, bakım hizmetinde görev alanların eğitim düzeylerine ilişkin bilgiye ulaşılamadığından dolayı yer almamıştır.

Türkiye’de yaşlı/engelli bakımında çalışan yabancılar bakım hizmetinde istihdam edilmeleri yaygın hale gelmektedir. Bu alanda çalışanlar “evin bireyi” konumuna gelmekte ve bakıma ilişkin tam sorumluluk aldığı belirtilmiştir. Gelen yabancı kadınların genellikle eş, dost, akraba aracılığıyla ulaştıkları şirketlere para ödediği belirlenmiştir. Başka bir yol olan istihdam şirketleri ise kadınlardan ya bir seferlik

komisyon almışlar ya da maaşlarının bir kısmını belli süre boyunca istemişlerdir. Kadınlar temizlik, çocuk bakımı, yaşlı bakımı gibi işlerde çalışıp yaklaşık 300-800 \$ arası aylık maaş aldıklarını ifade etmişlerdir. Yaşlı bakımı, bakıma ilişkin farklı sorumluluklar içerdiği için orta gelir düzeyindeki ailelerin, yaşlıların bakım hizmetini göçmen kadın emekçilerden tedarik edebildikleri anlaşılmıştır. Yaşlı çift bakımı için işe başlayan kadınların, eşlerden birisinin vefatı sonrası diğer eşin bakımı için işe devam edebildiği gözlenmiştir (Akalin, 2014) .

Bunun yanında engelli/yaşlı veya hasta akrabalar için enformel bakımda istihdamın geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bunun için Andre ve Arkadaşları, özel olarak yedi kilit politika hedefi tanımlanmıştır. Bu hedefler bakım verenlerin;

1. İşgücü piyasasına bağlanması,
 2. Evrensel kapsama alınması,
 3. Yasal güvenlik sağlanması,
 4. Çalışmalarında esneklik verilmesi,
 5. Gelir güvenliğinin oluşturulması,
 6. Sosyal güvenlik ve
 7. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin garantilenmesi
- öngörmüştür (Andrea ve diğerleri, 2016).

2.5. TÜRKİYE'DE UZUN SÜRELİ BAKIM ÖDEMELERİ

USB konularının ülkelerin sosyal politika gündemlerinde giderek artan öneminin, gelecekte çok daha belirgin hale geleceği düşünülmektedir. Bakım talebinin artmasına bağlı olarak artan USB harcamalarının ülke bütçesine önemli bir yük getirmesinin kaçınılmaz olacağıdır. Örneğin, OECD ülkelerinde bugün GSYİH içindeki payı %1'in biraz üzerinde olan USB harcamalarının, 2050 yılına kadar % 2 ile % 4 arasında olacağı tahmin edilmiştir. Ayrıca, 25 AB ülkesindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının 2007 yılında % 17 iken 2040 yılına kadar % 28'den fazla olacağı belirtilmiştir (Fernandez ve diğerleri, 2009). Bütün bu göstergeler ve yapılan tahminler, ülkeleri özellikle son yıllarda farklı arayışlara yöneltmiş ve USB hizmetlerinin sağlanmasında ve finansmanında giderek artan sayıda ulusal reformlar yapılmasına neden olmuştur. Aynı

zamanda yapılan bu reformların temelinde “mali sürdürülebilirlik kısıtlamaları içinde USB hizmetleri için nasıl daha geniş ve daha adil bir erişimin sağlanacağı” sorusuna cevap arama da yer almıştır (OECD, 2005).

OECD, 2013 yılında sağlık ve USB kamu harcamaları üzerine bir başka projeksiyon çalışması yapmıştır. Bu çalışmaya göre 2006-2010 yılı ortalamasına göre 2060 yılında OECD ülkelerinde sağlık ve USB harcamalarının milli gelire oranının % 3,7 ile % 7,6 arasında artması beklendiğini açıklamıştır. Söz konusu çalışma iki farklı senaryoya göre hazırlanmıştır. İlk senaryoda, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yıllık % 1,7 arttığı varsayılmış, ikincisinde ise maliyet artışını önleyecek politikaların neler olduğu belirlenerek ve bu uygulamaları gerçekleştirilmesi halinde maliyet artışının engellendiği varsayılmıştır. Çalışmanın sunduğu verilerde, sadece kamu harcamaları ele alınmıştır. Özel sektör harcamaları göz önünde bulundurulduğunda % 2,5 oranında ek bir harcama büyüklüğünün hesaba katılması gerektiği vurgulanmıştır. Aşağıdaki çalışmada ise Türkiye ve OECD ülkeleri ve ortalaması ile karşılaştırılmıştır (ASPB, 2016 d).

Tablo 25. Kamu Sağlık ve Bakım Harcamalarının Milli Gelire Oranı (%)

	2006-2010 Ortalama Sağlık Harcaması	2060 Sağlık Harcaması		2006-2010 Ortalama USB Harcaması	2060 USB Harcaması		2006-2010 Ortalama USB* Harcaması	2060 Harcamaların Toplamı	
		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo
Türkiye	3,8	10,97	7,0	0,0	2,3	1,6	3,8	13,2	8,6
Norveç	5,1	11,2	7,3	2,1	3,1	2,7	7,2	14,3	10,0
Kore	3,3	10,9	7,0	0,3	2,3	1,6	3,6	13,2	8,6
ABD	7,1	13,2	9,3	0,6	1,3	1,0	7,6	14,5	10,3
Fransa	7,4	13,5	9,6	1,1	2,1	1,7	8,5	15,5	11,3
OECD	5,5	11,8	7,9	0,8	2,1	1,6	6,2	13,9	9,5

*USB: Uzun Süreli Bakım OECD 2013 ‘Public spending on health and long-term care: a new set of projections’

Kaynak: (ASPB *Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*. -2016

Tablo 25’e göre OECD sağlık ve USB ortalama harcamalarının çok altında olan Türkiye’ya yönelik yapılan projeksiyonda 2060 yılında bu harcamaların yaklaşık 4 katına çıkacağı öngörülmektedir. Türkiye’nin alacağı önlemler ile bu artışın (2 katına çıkması ile) sınırlandırabileceği düşünülmektedir.

2.5.1. Türkiye’de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de USB finansman yapısı incelendiğinde sınırlı sağlık hizmetlerinde kamu sağlık sigortası ile özel sigortalar, cepten ödemeler, sosyal yardımlar, sigorta kapsamında olmayan katkılar ve desteklerin (bağışlar vb.) yer aldığı görülmektedir. USB hizmetlerinde, kurumsal bakım yerine toplum temelli bakım anlayışına doğru eğilimin olması ve evde bakım ve gündüz bakım hizmetlerine yönelik yasal düzenlemelerin yapılmış olması olumlu olmakla birlikte, finansal yönünün sosyal güvenlik sisteminde tam anlamıyla yer almamış olması, toplumun genelinde bu hizmetlerden yararlanılmasına engel oluşturabilmektedir. Ülkenin tüm vatandaşlarını kapsayan bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesinin, yaşlılara verilen önemin göstergesi olmasının ötesinde sağlıklı yaşlanma politikaları için de bir başlangıç olacağı düşünülmektedir (Oğlak, 2011).

Türkiye de bakım güvence sisteminin kurgulanması gerektiği öte yandan aynı zamanda finansman yükünün ağır olduğu gerçeği ile birlikte devlet güvencesinde USB finansmanının kurgulanmasının, bakım ihtiyacında olanların yoksullaşma riskini azaltacağı ve hak temelli olarak hizmete erişimin sağlanacağı düşünülmektedir. Bunun için Türkiye’ye özgü toplumsal değerlere sahip çıkan ve sürdürülebilir bir USB sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Türkiye’de USB hizmetleri kapsamında ASPB, SB ve yerel yönetimlerce özel sektör de verilen hizmetlerin ödeme şekilleri aşağıda bir tabloda ele alınmıştır.

Tablo 26. Türkiye’de USB Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

	SB	ASPB	Yerel Yönetim	Özel Sektör	STK
Evde Sağlık Hizmetleri	-SGK			-SGK -Özel sigortalar -Cepten ödeme	
Evde Bakım Hizmetleri		-ASPB bütçesi (Sosyal yardım)	-Belediye bütçesi	-Cepten ödeme	
Gündüzlü Merkezler		-ASPB bütçesi	-Belediye bütçesi	-Cepten ödeme	
Umutevleri Yaşamevleri		-ASPB bütçesi			
Huzurevi, Bakım Ve Reh. Mer.		-ASPB bütçesi -Cepten ödeme	-Belediye bütçesi	-Cepten ödeme	-Bağış -Cepten ödeme
Engelli Bakım ve Reh. Mer.		-ASPB bütçesi		-ASPB bütçesi (Sosyal yardım) -Cepten ödeme	
Palyatif Mer.	-SGK				

Yukarıda Tablo 26’da gösterildiği gibi Türkiye’de USB hizmetleri içinde yer alan SB hizmetleri kapsamında kamuya ait hastanelere bağlı olarak açılan evde sağlık hizmetleri birimleri ve palyatif bakım hizmetleri faturalandırılması SGK tarafından ödemeleri sağlanmaktadır. Özel sektöre ait evde bakım şirketlerinde gerçekleşen harcamaları ödemeler bir kısmı SGK ya faturalandırılmakla birlikte ağırlıklı olarak cepten ödemelerle karşılanmaktadır. SB tarafından sunulan hizmetlere SGK tarafından ödeme yapılırken, özel sektöre bağlı hizmetler SGK yanında tamamlayıcı sigortalar ve cepten ödemeler ile finanse edilmektedir. AÇSHB’nin verdiği hizmetlerde ise, sosyal yardımlar devlet bütçesinden, AÇSHB’na aktarılan kaynaktan ve küçük bir kısım cepten ödemeler ile karşılanmaktadır.

Özel sektöre ait USB hizmetler ise özel sigortalar, cepten ödeme ve AÇSHB bütçesinden finanse edilmektedir. Yerel yönetimler tarafından sunulan hizmetler belediye bütçesinden, STK’lara ait hizmetler ise cepten ödeme ve bağışlar ile yürütülmektedir. Türkiye’de USB hizmetlerinin, bakanlıklar ve yerel yönetimlerce verildiği yukarıdaki bölümlerde ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Aşağıda, 2017 yılı için yapılan ödemeler tahmin edilmiş ve bir tabloda yer almıştır.

Tablo 27. Türkiye'nin USB finansmanı, 2017

Ödeme Kaynağı	Hizmet	Yararlanan Kişi Sayısı	Ödeme Miktarı	Yıllık Ödeme	Toplam Ödeme
SGK	Palyatif bakım merkezleri	2745 yatak	Günlük 300 TL*	2745x300x365 = 300.557.500 TL	3.902.604.166 TL
	Evde Sağlık Hizmetleri	316.000 kişi (aylık ortalama 4 ziyaret)	Ziyaret başı ödeme 195 TL*	316.000x4x195 = 246.480.000 TL	
	Yoğun Bakım 2. ve 3. Basamak	35.000 yatak Üçte biri palyatif bakım varsayım	Günlük 337-716-1313 TL* Ort.= 695TL	35.000x788x365/3 = 3.355.566.666 TL	
ASPB bütçesi	Resmi Huzurevi	13.692	Aylık 5.000 TL**	13.962x5.000x12 = 837.720.000 TL	1.424.952.960 TL
	Resmi Engelli Bakım Mer.	7.240	Aylık 6.592 TL**	7.240x6.592x12 = 572.712.960 TL	
	Gündüzlü hizmetleri	1.000	Aylık 1.210 TL**	1.000x1.210x12 = 14.520.000TL	
AÇSHB Sosyal Yardımlar	Özel Engelli Bakım Mer.	14.080	Aylık 1.905 TL+ 544 TL= 2449TL***	14.080x2.449x12 = 413.783.040 TL	6.120.347.040 TL
	Evde Bakım Aylığı	499.000	Aylık 953 TL	499.000x953x12 = 5.706.564.000 TL	
Belediye Bütçesi	Evde Bakım Hizmeti	81	Yaklaşık 200.000TL	81x200.000x12 = 194.400.000 TL	194.400.000 TL
Cepten Ödeme Tahmini	Özel, STK, kamu Huzurevi	17.118	Aylık 1.500-10.000 TL Ort. 5.500TL	17.118x5.500x12 = 1.129.788.000 TL	1.832.388.000 TL
	Özel evde bakım Organizasyonu	35 org. takip edilen ort.30+30 kişiye hizmet****	Aylık 6.000-20.000 TL Ort.000	35x30x6.000x12 = 75.600.000 TL 35x30x20.000x1 = 252.000.000 TL	
	Yabancı bakıcı	25.000 Yarısı bakımda çalıştığı varsayılırsa	Aylık 300-800 dolar Ort.550 dolar*****	25.000x2.500x12/2 = 375.000.000 TL	
GENEL TOPLAM					13.474.692.166 TL

*SB görüşme ile alınan bilgiye göre

**ASPB görüşme ile alınan bilgiye göre

*** ASPB özel engelli merkezlerine ödenen ve kalite belgesini alanlara ek ödenen ile birlikte toplam tutar

**** 30 gece gündüz vardiya ile 30 tek vardiya ile hizmet verilmektedir.

*****1 dolar 4.5TL olarak kabul edilmiştir.

Tablo 27’de gösterildiği gibi Türkiye’de USB sisteminde verilen hizmetler parçalı olup daha çok sosyo-ekonomik durumu zayıf olan kişilere sosyal yardım üzerinden verilmesi ve diğerlerine ise cepten ödemeler ile karşılandığı görülmektedir. Devletin USB hizmetlerine çeşitli kalemlerde kaynak aktarılmıştır. Bu kaynaklar sağlık hizmetleri ise SGK, özel sigortalar, cepten ödemeler, sosyal yardımlar ile bakım hizmetleri ise cepten ödemeler ve sosyal yardımlar ile karşılanmaktadır. Ancak gelir testine göre USB hizmetleri sosyal yardım olarak devlet bütçesinden karşılanmıştır. Lakin gelir testinde elenen ve yakın değerlere sahip olanlar ve yoksullaşma riski bulunan bakım ihtiyacında olanlar için bakım güvence sisteminin oluşturulması ihtiyacı bulunmaktadır.

Tablo 28. AÇSHB ‘nin USB finansmanı, 2017

AÇSHB	Özel Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezi Cepten Ödeme (Tahmini)	Kamu Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri	Özel- Engelli Bakım Merkezlerine Yapılan Sosyal Yardım	Enformel İçin Evde Bakım Sosyal Yardımı
Hizmet Alan Sayısı	17.118	20.932	14.080	499.000
Çalışan Sayısı	3.130	14.075	1.619	499.000
Ödeme TL	1.129.788.000	1.424.952.960	413.783.040	5.706.564.000
Kamu (TL) Ödemeleri İçin Genel Toplam				7.545.300.000

Tablo 28’de anlaşılacağı gibi yaşlı/engelli için kamunun verdiği bakım hizmetine yaklaşık 1.424.952.960 TL ödeme devlet bütçesinden yapılmaktadır. Bunun yanında bütçeden yapılan sosyal yardım kapsamında enformellere yapılan ödeme 5.706.564.000 TL olarak yapılmıştır. Aynı şekilde bütçeden sosyal yardım olarak özel sektör tarafından açılan kurumsal bakım hizmeti veren merkezlere 413.783.040TL ödeme yapılmıştır. Özel sektöre ait huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde cepten ödeme yapılmaktadır ve bu rakam 2017 yılında yaklaşık 1.129.788.000TL’dir. Sonuç olarak 2017 yılında devlet bütçesinden (AÇSHB tarafından) **7.545.300.000 TL** (yaklaşık 7.5 Milyar TL) ödeme yapılırken cepten ödeme (yaklaşık 1.1 Milyar TL) tahmini olarak 1/7 oranında

gerçekleşmiştir. Bu harcamaların sürdürülebilirliğinin sağlanması gittikçe daha önem kazanmaktadır.

Türkiye'deki yaşlı nüfusun bakım hizmetleri dışında sağlık hizmetleri genel sağlık sigortası ve sosyal yardım kapsamında ödeme yapılmaktadır. Bakım harcamaları gibi sağlık harcamaları da giderek artmaktadır. Genel durumunu ortaya koymak, söz konusu nüfusun yaptığı cepten sağlık harcamalarını belirlemek ve cepten sağlık harcamalarının mevcut durumu üzerinden 2050 yılı için bir projeksiyon çalışması yapılmıştır. Çalışmada, TÜİK'ten elde edilen 2015 yılı "Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Veri Seti" kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini 65 yaş üzeri 3.972 birey ve bu bireylerin yaşadığı 2.837 hane olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde bireylerin ve yaşadıkları hanelerin özellikleri ve tüketim harcamaları tanımlayıcı istatistikler ile ortaya konulmuştur. Analiz sonucunda en az bir bireyin 65 yaş ve üstü olduğu hanehalklarının cepten sağlık harcaması yıllık ortalama 720,990 TL olarak hesaplanmıştır. 2015 yılı için 65 yaş üstü bireylerin yaptığı toplam cepten sağlık harcaması ise 1.442.029.435 TL olarak belirlenmiştir. Mevcut veriler üzerinden, TÜİK nüfus projeksiyonları çerçevesinde 65 yaş üzeri bireylerin toplam cepten sağlık harcaması, 2023 yılı için minimum 2.511.384.236 TL ve maksimum 3.406.321.123 TL ve 2050 yılı için ise minimum 12.603.230.255 TL (yaklaşık 12.6 Milyar TL) maksimum 47.820.182.036 TL (yaklaşık 47.8 Milyar TL) olarak tahmin edilmiştir. Demografik senaryolara göre tahmin edilen cepten sağlık harcaması projeksiyonları, demografik yaşlanmanın sağlık harcamalarının düzenlenmesi, devam ettirilebilmesi ve finanse edilebilmesi açısından gelecekte Türkiye için önemli bir sorun olabileceğini göstermektedir (Bozkaya, 2017).

Sonuç olarak; BM Madrid eylem planı 3. Dönem hedeflerinde de bakımın güçlendirilmesi ve yenilikler için oluşturulan eylem planında; birçok ülkede, yoksul insanların yeterli bakım hizmetine erişiminde finansal engellerinin olmasının altı çizilmiş ve yeni finans modellerinin oluşturulması gerekliliği ve ülkelerin kendi finansman modelini oluşturması vurgulanmıştır. Bakım güvence sistemi kapsamında "Bakım Sigortası" oluşturulması önerisi, bakım hizmetini sadece ailenin sorumluluğuna bırakmayan, bunun tüm toplum tarafından desteklenmesi, bakıma muhtaçların bakımı için toplumsal dayanışma anlayışı çerçevesinde sosyal ve maddi desteğin verilmesinin

kaçınılmaz olduğu görüşüne istinaden öne sürülmüştür (Oğlak, 2007). Bu nedenle Türkiye 'de ivedilikle bakım güvence sistemi oluşturulmalı, sosyal yardım kapsamından çıkartılmalıdır.

2.5.1.1. Türkiye’de Uzun Süreli Bakım Ödemeleri (Enformel İçin Evde Bakım Sosyal Yardımı)

Türkiye’de USB sisteminde enformel bakım verenlere yapılan sosyal yardım en önemli harcama kalemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce sözü edilen ‘Evde bakım aylığı (sosyal yardımı)’ ile bakım ihtiyacı olan engelliler veya yaşlılara bakım hizmeti veren yakınlarına, kişisel bakımlarını sağlamaları ve destek vermeleri hedeflenmiştir. Evde bakım yardımı alınabilmesi için;

1. Engelli/yaşlı olan bireyin ilgili hastanelerden engelliler için sağlık raporu alması ve bu raporda engellinin ağır engelli ve en az %50 seviyesinde engelli olması şartı,
2. Engelli/yaşlı olan bireyin kendi temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanması, bakıma muhtaç olması ve bunun görevliler tarafından tespit edilmesi,
3. Engelli/yaşlının bulunduğu hanede yaşayan kişi başına düşen net gelirin asgari ücretin 2/3’ünün altında olması gibi

üç temel koşul oluşturulmuştur (ASPB, 2017c).

Türkiye’de USB hizmetlerinde en büyük ödeme kalemini oluşturan evde bakım sosyal yardımı 2006 yılı sonunda uygulanmaya başlamış olup 2011 yılına kadar SHÇEK tarafından yürütülmüştür. Ardından 2011 yılından itibaren ASPB kurularak SHÇEK’in lağvedilmesiyle Bakanlık bünyesinde EYHGM tarafından yürütülmüştür. Ancak 2014 tarih ve 28918 sayılı kanun ile 6518 sayılı ASPB KHK eklenen ‘bakım ihtiyacı olan engellilerin evde bakımına destek için yapılacak sosyal yardımlara ilişkin iş ve işlemler, ASPB ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca gerçekleştirilir’ ibaresine istinaden 2015 yılında evde bakım sosyal yardım hizmeti ASPB Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir. Aynı zamanda 2014 tarihinde 6518 sayılı kanunla 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununda ek 7. Maddede yapılan değişikliklerle evde bakım ücretinin hesaplama yöntemi ve miktarı değişmiştir. Buna göre evde bakım ücreti ‘Memur Maaş Katsayısı’na göre belirlenmekte olup engellilerin bakımı için açılan merkezlere memur maaş katsayısının 20000 gösterge rakamı ile çarpımı, evde bakım

veren yakınlarla ise memur maaş katsayısının 10000 gösterge rakamı ile çarpımı ile belirlenen tutarda para desteği sağlanmaya başlanmıştır (ASPB, 2017c).

Tablo 29. Evde Bakım / Özel Bakım Merkezlerine Ödenen Aylık Sosyal Yardım Tutarı

Dönem	Katsayı X Gösterge	Evde Bakım Hizmeti Veren Yakınlara Ödenen Aylık Net Ücret	Katsayı X Gösterge	Merkezlerde Bakım Hizmeti Verenlere (Kişi Başı) Ödenen Aylık Net Ücret
2016 (1Tem. 31Ar.)	0,092473 X 10000	924,73-TL	0,092473 X 20000	1.849,46-TL
2017 (1Oc.- 30Haz.)	0,095247 X 10000	952,47-TL	0,095247 X 20000	1.904,94-TL

Kaynak: (ASPB, 2017 b)

Tablo 29’da hesaplaması yapıldığı şekilde, enformel bakım verenlere ve özel engelli bakım merkezlerine ödeme yapılmaktadır. Ayrıca 2016 tarihli Yönetmeliğe göre kalite standartlarını yerine getirdiği TSE tarafından onaylanan merkezlere, hizmet verdikleri bakıma ihtiyacı olan her bir birey için her ay teşvik adı altında (5251 gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu bulunacak tutarda 544 TL) ödeme yapılması sağlanmıştır.

Tablo 30. USB Kapsamında Yapılan Ödemeler

Ödeme Kalemi	Yararlanan Sayısı	Ödeme Miktarı
Kurumda Bakım Karşılığında Özel Bakım Merkezlerine Ödeme Miktarı	14.080	413.783.040 TL
Evde Bakım Karşılığında Enformel Bakım Verene Ödeme Miktarı	499.737	5.706.564.000 TL
TOPLAM	513.817	6.120 Milyon TL

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri-2017 (ASPB, 2017b)

Tablo 30’da anlaşılacağı gibi Türkiye, USB sistemi kapsamında enformel bakım verenlere ve özel sektöre ait engelli bakım merkezlerine ödeme yapmaktadır. Tüm harcamaların içinde önemli bir kalemi oluşturan rakamın sosyal yardım olmasından dolayı devletin bütçesinden doğrudan ödeme yapılmaktadır. Bu kapsamda değerlendirilen yaşlılar da, evde bakım sosyal yardımından yararlanabilmekte ve

yararlananların yaklaşık 1/3'ü yaşlılardan oluşmaktadır. 2016 yılı verilerine göre 65 yaş üzeri yaşlılara verilen evde bakım sosyal yardımının illere göre dağılımı aşağıdaki gibi olmuştur.

Tablo 31. Evde Bakım Sosyal Yardımından Yararlanan Yaşlı Sayısı (İllere Göre)

	Yararlanan Yaşlı Sayısı
İstanbul	14.592
İzmir	6.476
Hatay	5.414
Adana	5.336
Mersin	5.181
Ankara	5.054
Diyarbakır	5.026
Aydın	4.634
Bursa	4.507
Samsun	4.462
Toplam	174.310

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistikleri, 2017 (ASPB,2017b)

Yukarıda Tablo 31’de açıklandığı gibi bu kapsamda 2017 yılı itibarıyla evde bakım sosyal yardımı desteği nüfus yoğunluğuna bağlı olarak başta İstanbul ve İzmir olmak üzere tüm illere ulaştırılmıştır. Diğer illerde engelli evde bakım sosyal yardımından yararlanan yaşlı sayıları 4.000 altında kalmıştır. Yaşlılara yapılan Bu yardımların yaklaşık %15’inin 3 büyük ilde (İstanbul, İzmir, Ankara) olmuştur (ASPB, 2018 a).

Dünyada **enformel için evde bakım sosyal yardımı;** ister primli, ister primsiz, ister karma modeli benimsenmiş olsun, evde bakım hizmetleri geleneksel olarak yerel yönetimler, çoğunlukla da belediyeler tarafından verilmektedir. Birçok ülkede evde bakım hizmetlerinin doğrudan uygulanmasından olmasa da, planlanmasından ve organize edilmesinden belediyeler sorumludur. İskandinav ülkelerinde (İsveç, Norveç, Finlandiya, Danimarka), Birleşik Krallık, İtalya ve İspanya’da evde bakım hizmetlerinin sunumunun önemli bir kısmı özel sektöre ve kar amacı gütmeyen sektöre transfer edilmiş olmasına rağmen, belediyeler hala evde bakım hizmetlerinden sorumlu olmaya devam etmektedir. Diğer pek çok ülkede de çeşitli yerel yönetim birimleri evde bakım hizmetlerini uygulamak konusunda olmasa da, hizmetleri satın alma ve yetkilendirme

konusunda sorumludur (Lethbridge, 2005). Türkiye’de de pirimsiz model benimsenmiş olup sosyal yardım doğrudan devlet bütçesinden yapılmaktadır.

2.6. BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE ÇALIŞMALARI

USB hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi basit bir dille "karşılıklı anlaşmaya varılan bir ürün ya da hizmetin düzgün bir şekilde verilmesi" olarak nitelendirilmiştir. USB, belirli hizmet alanlarının paydaşlarıyla karmaşık bir şekilde eşleşmesi ile karakterize edilmiş olup:

1. Hizmet alanlar ile hizmet verenlerin karşılıklı anlaşmasını (ihtiyaçlarına uygun hizmeti kaliteli olarak alması ve bu yaklaşımın yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesi),
2. Kamunun bakım ihtiyacında olanlar için bakım hizmetini alması durumunda kaliteyle ilişkili ödeme yapmasını,
3. Hizmet veren kuruluşların kamu ile pazarlıkta maliyetleri düşürme çabalarının yanında hizmet verdiklerinin ve çalışanlarının memnuniyetinin korunması ve rakiplerine karşı hizmet kalitesini ortaya koymasını,
4. Bakımda çalışan profesyonellerin çalışmak için işvereni seçmekte ve çalıştığı yerde kalite iyileşmesi için katkılarını vermesini,

gibi belirli hizmet ve olanakların tanımlanmasında çeşitli bileşenlerden oluştuğunu vurgulanmıştır (Leichsenring, Winkelmann ve Rod, 2014).

Bakım hizmetlerinin her kademe de yönetimi, stratejik planlaması ve kalite standartlarının belirlenmesi iyi bakım hizmetinin gelişimi için önemlidir. (Özgöbek ve Sönmez, 2014) Türkiye’de de USB hizmetlerine ilişkin kalite çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalardan biri Mülga ASPB tarafından 2013 yılında başlatılan “**Bakım Hizmetleri Kalite Standartları**” (BHKS) çalışmasıdır. BHKS, Türkiye’de bakım ve sağlık hizmetleri alanında bütünlüğü sağlamak amacıyla, SB’nin “Hastane Hizmetleri Kalite Standartları” kurgusunda yapılandırılmıştır. BHKS, ulusal ve uluslararası kullanılan standartlar incelenerek ve diğer kalite sistemleri ile uyumlandırmaya açık bir yöntem ile oluşturulmuştur. BHKS değerlendirme esasları; hizmet alanının ve hizmet verenin memnuniyet ölçümleri, kuruluşların öz değerlendirmeleri, iyileştirmelerde süreç yönetimi, izleme ve değerlendirme, puanlama/belgelendirme ve ödemeler ile

ilişkilendirme üzerine kurgulamıştır. Kuruluşların iki yılda bir değerlendirme sürecine alınması hedeflenmiştir (ASPB, 2014 a).

EYHGM tarafından hazırlanan çalışma programı kapsamında Genel Müdürlükte çalışan uzmanlardan oluşturulan Kalite Standartları ‘Çalışma Grubu’ ile BHKS dokümanı ortaya konmuştur. Daha sonra Bakanlığa bağlı kuruluşlarında çalışan fizyoterapist, hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, bakım elemanından oluşan 20 kişilik ‘**Standartları Gözden Geçirme Grubu**’ standartların değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve uygulamasına yönelik denemeler yapmış ve BHKS taslağını geliştirmiştir. Taslağa, üniversitelerin ilgili bölümlerinde görev yapan 20 kişilik akademisyenlerden oluşan ‘**Bilim Kurulu**’nun katkıları alınmıştır. Ayrıca taslağa ilişkin olarak, Türkiye’nin 81 ilinden gelen resmi bakım merkezleri yöneticileri ve meslek elemanlarının (200 kişi) görüşleri alınmıştır. Bunun yanında, engelli ve yaşlılara kurumsal bakım hizmeti veren 150 kişiye yakın özel sektör temsilcisinin görüşüne sunulmuş ve geri bildirimleri ile taslağın son halini alması sağlanmıştır (ASPB , 2014). BHKS çalışmasında, 2013 yılının ilk 5 ayında taslağın geliştirilmesi, ikinci yarısında ise standartların alanda denemesi yapılmıştır. Bu aşamada resmi ve özel 540 merkezden, kalite sorumluları belirlenmiş ve yazılım üzerinden kuruluşlar BHKS öz değerlendirmeye tabi tutulmuştur. BHKS’na göre değerlendirme yapacak olan alanda deneyimli meslek elemanlarından oluşan 100 kişilik ‘**BHKS Değerlendirici**’ lerine eğitim verilmiştir. Değerlendiriciler ile, 2014 yılında resmi ve özel kurumsal bakım hizmeti veren kuruluşların değerlendirmeleri yapılmış ve ‘**BHKS On-Line Değerlendirme**’ yazılımı ile online değerlendirme sonuçlarını yetkililere iletecek sistem hazırlanmıştır (ASPB, 2014 b).

BHKS içeriği ‘**Bakım Modelleri**’, ‘**Kurumsal Hizmet Yönetimi**’, ‘**Bakım Hizmet Yönetimi**’ ve ‘**Kalite Göstergeleri**’ bölümlerinde bulunan toplam 346 standart bulunmaktadır. Bakanlığın USB hizmetlerine ilişkin mevzuatında yer alan hizmetleri değerlendiren 300 ‘Temel Standart’lar ve her bölümde bu standartları yerine getirme koşulları olan 1142 (201+318+479+144) alt madde bulunmaktadır. BHKS bölümlerinde;

- ✓ Bakım Hizmet Modelleri bölümünde; bakım modellerine göre fiziki şartlar, hizmetler ve işgücü organizasyonlarına ilişkin standartları,

- ✓ Kurumsal Hizmet Yönetimi bölümünde; Yönetim Hizmetleri, Kuruluş Düzeni, Acil Durum Ve Afet, Bilgi, Stok, Atık Yönetimi ile Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv, Mutfak, Çamaşırhane, Cenaze Hizmetleri başlıkları,
- ✓ Bakım Hizmet Yönetimi bölümünde; Karşılama, Sağlık, Temizlik, Kişisel Bakım, Beslenme Hizmetleri ile Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler, Güvenlik ve Uygunluk, Yaşama Katılım konularında oluşturulan hizmet kalite standartları,
- ✓ Kalite Göstergeleri bölümünde ise kuruluştaki bakımın kalitesine ilişkin bulguları belirlemek için göstergelerden oluşmuştur. Kuruluşlarda verilen bakım hizmetinin kayıt altına alınması için ‘Formlar‘ (Ör. Hemşirelik Değerlendirme, Fizyoterapi Değerlendirme, İlk Kabul Formu vb.) ile bakım hizmetini standartlaştırmak adına ‘Talimatlar’ (Ör. yatak yarası önleme talimatı gibi) hazırlanmıştır. Aynı zamanda ‘Fonksiyona Dayalı Bakım Kriterleri’ de çalışılmış ve kitapçıkta yer almıştır. Bakım hizmetlerinde çalışan insan gücü profilini gösteren form oluşturulmuştur (ASPB, 2014a).

Bakım hizmetleri kalite çalışmalarının diğer ayağını da ISO kalite belgelendirme çalışmaları oluşturmaktadır. Bu kapsamda daha öncesinde (2011 yılında) Mülga SHÇEK, toplam 43 il “ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi” belgesi almaya hak kazanmıştır. ASPB kurulması ile birlikte 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planın 6. amacı, “kurumsal yapıyı geliştirmek ve güçlendirmek olarak belirlenmiş ve 2014 yılında 30 İl Müdürlüğü ‘**ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi**’ almıştır. Yine 2015 Yılı Performans Programında da geriye kalan 51 İl Müdürlüğünün belgelendirilmesi gerçekleştirilmiş olup 2016 Yılı Performans Programında Bakanlık Merkez Teşkilatının da belgelendirilmesi öngörülmüştür (ASPB, 2016 b). Ayrıca Mülga ASPB, 2016 özel engelliler yönetmeliği ile BHKS içinde ele alınan hizmet standartları TSE ile birlikte Bakım merkezleri için ISO kalite belgelendirme çalışmalarını yürütmüştür. Bu çalışma sonucunda kalite yönetimi standart dokümantasyon sistemi oluşturulmuştur. Belirlenen standartlara uygun olan ve ISO belgesi alan özel bakım merkezlerinin teşvik adı ile anılan ödemeleri, her ay alabilmeleri sağlanmıştır. Dolayısı ile TSE kalite belgesi alanlar ödemediği için bir anlamda ASPB bakım hizmetinde kaliteyi sağlayanları ödüllendirme anlayışına geçilmiştir. ASPB bu çalışma sonucunda, Özel Engelli Bakım Merkezleri “kalite belgesi” almasını sağlamış olup,

merkezlerde kalite yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesini ve geliştirmesini desteklemiştir. Bakanlık izniyle açılan 193 özel engelli bakım merkezinde “TSE-Kalite Yönetim Sistami Standart Dökümanları” 2017 yılı itibari ile uygulamaya konmuş ve ödelerle ilişkilendirilmiştir.

Mülga ASPB tarafından kalite çalışmalarını yürütmek amacıyla 2014 yılında EYHGM bünyesinde “Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” kurulmuştur. ASPB tarafından hazırlanmış olan BHKS çalışması uygulamaları alanda yapılmış olmasına rağmen çalışmalar askıya alınmıştır. Kalite standartlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması görevi bulunan EYHGM Kalite Geliştirme Dairesi çalışmalarına ara verilmiştir. 2018 yılında Mülga ASPB ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının birleşmesi ile yeniden kurulan AÇSHB’nda Kalite Geliştirme Dairesi tarafından bakım hizmetleri kalite standartları çalışmaları tekrar başlamış ve devam etmektedir.

III. BÖLÜM

ALZHEIMER

3.1. ALZHEIMER

Alzheimer hastalığı, ilerleyici beyin harabiyeti ile giden, nörodejeneratif bir bozukluk olarak tanımlanmış bir tür demans üst başlığı altında değerlendirilen bir hastalıktır. Demans yaşlanma ile karşılaşılan en önemli hastalıklardan biri olup, ölüm nedenleri arasında dünyada 3. sırada ve yaşlılıkta bakım gerektiren hastalıkların başında yer almaktadır. Demans benzer özellikleri içeren çok sayıdaki hastalığın genel bir ismi olarak kullanılmıştır. Demans, kronik ve genellikle ilerleyici hastalık olarak bellek ve entelektüel kapasitenin azalması ile tanımlanmıştır. Hastalığın belirtileri; hafıza, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize edilmiştir. Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Akbabalık,2016).

Alzheimer hastalığı, demans nedenleri arasında % 60-70 sıklıkla en sık görülenidir. Alzheimer hastalığı ilk kez 1907 yılında bir Alman nöropsikoloğu olan Alois Alzheimer tarafından bellek kaybı, konuşma yeteneğinin bozulması ile gelen bir kadın hastada (Aguste Deter) tanımlanmıştır. Alzheimer hastalığının belirtilerinin, başlangıçta ve ön planda hafıza sorunları olmak üzere, düşünme ve nedenselleştirme zorluğu, karar vermede güçlük, kelime bulma güçlüğü, aritmetik işlemlerde güçlük, kişilik ve davranış değişiklikleri, kaybolmalar, eskiden kolaylıkla yapabildiği işlevleri yapma güçlüğü gibi olgularla kendini gösterdiği belirtilmiştir. Alzheimer hastalığı süreci ve evreleri olarak erken-hafif, orta, ağır-ileri olmak üzere ayrılmıştır (Klinik Demans Evreleme Ölçeğine göre). Görülme sıklığı ve ölüm oranları, bakım maliyetleri ile bakıcılara ve topluma genel etkileri açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmıştır (Özbabalık ve Hüsseyin, 2015).

Tablo 32. Alzheimer Hastalık Evreleri

DÖNEM	EVRE	BELİRTİLER
PREKLİNİK	5 yıl önce	<ul style="list-style-type: none"> • Hafif düzeyde bilişsel kayıplar (kognitif) • Yeni bilgi öğrenme zorluğu • Planlı eylem zorluğu • Şematik hafıza birikiminden faydalanma zorluğu
HAFİF	Teşhis	<ul style="list-style-type: none"> • Öğrenme ve hatırlamada kayıp • GYA ilk aksaklıklar (planlı eylem, organizasyon ve mantıklı yargılar) • Kelime hazinesinde azalma • Akıcı konuşma yok, hafif cümle hataları • Karar vermede zorlanma
ORTA	3 yıl sonra	<ul style="list-style-type: none"> • Düşünmede aksama • Eylemlerde aksama • Kelime seçim arızaları • Kelimeleri yanlış kullanma • GYA büyük azalma • Yönü bulmada zorluk-kaybolma • Hedefsiz hareketler • Biriktirmek ve tanzim-davranış problemleri
AĞIR	6 yıl sonra	<ul style="list-style-type: none"> • Bilişsel işlev kaybolur -İhtiyaçlarını anlatamaz • Konuşma tamamen basitleşir • Duyusal (emosyonel) sinyalleri kavrayabilir • Hayal görme • Farkındalığının kaybolması • Mesane ve bağırsak kontrolünün kaybolması • Konuşma ve basit emirlere uymada zorluk

Kaynak: Alzheimer hastalığının safhaları (Försel ve diğerleri2001)

Tablo 32'de Alzheimer hastalığında görülen belirtilere göre 4 evre olduğu anlaşılmaktadır. Belirtiler yaklaşık görülme dönemlerine göre sıralanan tabloda her evrede farklı olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan ve giderek artan unutkanlık, pek çok hastalığın belirtisi (ör. depresyon, beyin tümörleri, vitamin ve hormon bozuklukları, bunama vb.) olabilmektedir. Demansta, Alzheimer hastalığında da ortaya çıkan belirtiler incelenecek olursa özellikle aşağıdaki başlıklarda özetlenebilir (Ebersole ve diğerleri, 2008):

1. Kognitif Alan

- Bellek: Yakın ve uzak geçmişe ait hatırlama sorunları
- Dikkat: Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
- Dil: Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri
- Görsel-mekansal işlevler: Dolaşma, yazı karakterinde değişiklik

- Yürütücü işlevler: Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
- Praksis: Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
- Gnosis: Nesnelere tanıma, mekanda birbirinden ayırmada bozukluk

2. Davranışsal

- Kişilik değişiklikleri: Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
- Duygu durum bozuklukları: Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
- Algı bozuklukları: Görsel ve diğer halüsinasyonlar ve bunlara bağlı davranış değişiklikleri
- Düşünce bozuklukları: Hırsızlık, sadakatsizlik

3. İşlevsel

- Günlük yaşam aktiviteleri: İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler, hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisinde azalma
- Kendine bakım: Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolünde bozukluk

4. Motor

- Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donup kalma, dengesizlik, hareket yavaşlığı, kaslarda güçsüzlük, erime, seyirme

5. Otonom

- İnkontinans, empotans, ortostatizm, konstipasyon, terleme

6. Uyku

- REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu görülmektedir (Akyar, 2011).

Demanslı hastanın bakımı bilişsel fonksiyonların sürdürülmesinde, çevredeki belirsizliğin azaltılması ve ipuçlarının artırılması gerekmektedir. Fizyolojik fonksiyonun optimal düzeyde sürdürülmesine için günlük rutinde anksiyetenin azaltılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi, benliğin olumlu duygularını geliştirilmesi için uygulamalar yapılması beklenmektedir. Hastanın düşüncelerini çevresi ile paylaşma başarısını yaşaması hasta bakım başlıklarından biridir. Günlük yaşam aktivitelerinde maksimum bağımsızlığın sağlanması amacıyla günlük aktiviteleri kolaylaştırmak için

plan yapılması, bakım aktiviteleri için uygun araçlar kullanılması, işlerin küçük parçalara ayrılması, iş bitene kadar hasta ile birlikte olunması, konfüzyon ya da dikkat eksikliği nedeniyle duraksadığında hatırlatma yapılması gereklidir. Yeterli beslenmenin sağlanması amacıyla hastanın kilo izlemi, yeterli ve dengeli diyet almasının sağlanmasıdır. Uyku ve aktivite dengesinin sağlanması, gece uyanıkların azaltılması, gece yeterli aydınlatmanın yapılması, gece uyanık ise rahatının sağlanması, güvenliği artıracak önlemlerin alınması, kısıtlayıcıların kullanılması engellenmesi gibi destekler verilmelidir. Alzheimer hastasının gereksinimlerin karşılanması ve sosyalizasyonun geliştirilmesi için aile ve arkadaş ziyaretlerinin artırılması, 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).

Bunama (demans) hastalıkları arasında en sık görülen Alzheimer hastalığının 65 yaş sonrasında her 100 kişiden 5'inde 90 yaş sonrasında ise her 2-3 yaşlıdan birinde görülme olasılığı bulunduğu vurgulanmıştır. Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, zayıf sosyal yaşam, düşük egzersiz kapasitesi, sağlıksız beslenme, düzensiz uyku, bazı genetik özelliklerin Alzheimer hastalığının ortaya çıkışını kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Kulaksızoğlu ve Yücel, 2014). DSÖ tarafından dünyada demans görülme sıklığının 2015 yılında 47 milyon iken 2030 yılında 75 milyona çıkmasının beklendiği açıklanmıştır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde 85 yaş ve üstündeki nüfusun neredeyse % 40'ının Alzheimer ve bunama hastalığından mustarip olduğu belirtilmiştir (WHO, 2015 b).

Türkiye'de Alzheimer hastalığı sıklığının batılı ülkelere benzerlik göstermektedir. 75 yaş üstü yaşlıların %11'inin bu hastalık ile ilgili bir risk altında bulunduğu ifade edilmiştir. SB'na bağlı hastanelerin 2014 yılı verileri incelendiğinde, Alzheimer tanısı ile yatan toplam hasta sayısı 18.158 olup, % 44'nün erkek (7.911), % 56'sının kadın (10.247) olduğu görülmüştür. Avrupa Alzheimer Derneği 2012 yılı raporuna göre Türkiye'de hasta sayısı 331.512 olup, bu rakamın toplam nüfusun (74.508.771) %0,44'ünü oluşturduğu belirtilmiştir. Bu oranın Avrupa ülkelerinden daha düşük olduğu ifade edilmiştir (Alzheimer Derneği, 2018).

Tablo 33. Cinsiyete göre Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların sayısı ve oranı, 2012-2016 (65 ve daha yukarı yaştaki kişiler)

Yıl	Cinsiyet	Toplam ölen yaşlı sayısı	Alzheimer hastalığından ölen yaşlı sayısı	Alzheimer hastalığından ölen yaşlı oranı
2012	Toplam	218 691	7 524	3,4
	Erkek	108 819	2 942	2,7
	Kadın	109 872	4 582	4,2
2013	Toplam	245 591	8 797	3,6
	Erkek	122 785	3 580	2,9
	Kadın	122 806	5 217	4,2
2014	Toplam	265 016	10 236	3,9
	Erkek	131 240	4 051	3,1
	Kadın	133 776	6 185	4,6
2015(1)	Toplam	278 854	12 059	4,3
	Erkek	138 800	4 786	3,4
	Kadın	140 052	7 273	5,2
2016	Toplam	288 781	12 900	4,5
	Erkek	143 382	4 999	3,5
	Kadın	145 399	7 901	5,4

TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2017

Kaynak: TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2012-2016

Türkiye’de yaşlı nüfusun artışının yaşlılık döneminde görülen hastalıkların ve özellikle de Alzheimer ve demans hastalığının sıklığını da arttırdığı saptanmıştır. Tablo 33’de görüldüğü gibi Alzheimer hastalığı nedeniyle 2012 yılından bu yana artan oranda ölüm oranları gösterilmiştir. TÜİK verilerine göre Alzheimer hastalığının 2016 verilerine göre toplam yaklaşık 289 bin kişi yaşamını kaybetmiştir. Türkiye Alzheimer Derneği tarafından 2017 verilerine göre Türkiye’de 600.000 kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği öne sürülmüştür. Alzheimer hastalığının sıklığına dair ulusal çalışmaların sınırlı olduğu ve bu çalışmaların bazılarının hastane veri tabanlarına göre hazırlandığı, toplum temelli çalışmalara dayanmadığı vurgulanmıştır. Hastane veri tabanlarına göre yapılan çalışmalarda, bilişsel bozukluk nedeni ile hastaneye başvuran hastaların sayılarına bakıldığında Alzheimer hastaları % 68 (bunların % 58’sinin kadınlardan oluştuğu) oranındadır. Hastaların 30 haftalık bir süre içinde ortalama 2.79 kez hastaneye gittiği saptanmıştır (Alzheimer Derneği, 2018).

Tufan’a göre bakıma muhtaç yaşlıların arasında Alzheimer hastaları en zayıf halka olarak tanımlanmıştır. Yaptığı “Türkiye de Alzheimer Hastası Yaşlılara Bakan Aile Üyelerinin Sosyal, Fiziksel, Ekonomik, Psikolojik Problemleri Ve Bir Bakım Modeli”

adlı çalışmasında bu konuya ilişkin olarak bakıma muhtaçlığın simasını ve toplumun algısını ele almıştır. Yaşlı bakımında kaliteyi artırmanın, diğer taraftan buna süreklilik kazandırmanın en önemli beklentilerden biri olduğunu vurgulamıştır. Bu hedefe erişmek için alınacak önlemler ile bakıma ihtiyacı olanların arasında en zayıf ve en muhtaç olanların Alzheimer hastalarının olması nedeniyle, bu hastalık grubunun bakıma ilişkin sorunlarını çözebilecek yollarının geliştirilmesi diğer bakım ihtiyacında olan gruplarında sorunlarını çözebilecek yeteneğine de sahip olduğunu kabul etmek olacağını öne sürmüştür (Tufan, 2016). Tufan kitabında, halen tedavisi mümkün olmayan Alzheimer hastalığının toplumsal ve politik boyutlarındaki eksikliklerinin giderilmesinin önemini dile getirmiştir. Toplumsal boyutta özellikle ailelere destek ve yardımın zorunlu olduğunu belirtmiştir. 2010-2012 yılları arasında yapılan ‘**Türkiye Gerontoloji Atlası**’ çalışmasına göre demans hasta sayısının (neredeyse hepsi Alzheimer hastası) 470 bin civarında hesaplandığını açıklamıştır. Bu sayının 2016 verilerine göre ise maksimum 950 bin demans hastasına ulaştığını belirtmiştir (Tufan, 2016).

3.2. ALZHEİMER HASTASI ÖZELİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETİ

USB kapsamında Alzheimer hastalığına özgü bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu duyarlılığın oluşturulması gerekmektedir. Bunun ötesinde, bakım ihtiyacının her geçen gün artmasından dolayı daha radikal adımlar atılmalıdır. Türkiye için yapılan “Gerontoloji Atlası” (2012) çalışması rakamlarından hareketle “demans hastalarının % 30 kurumsal bakıma ihtiyacı vardır” varsayımına dayanarak 1.600 adet 100 yataklı bakım ve rehabilitasyon merkezine ihtiyaç bulunduğunu savunulmuştur (Tufan, 2016). Türkiye’de 2018 rakamlarına göre kamu ve özele ait hem huzurevi ve yaşlı bakım merkezi hem de engelli bakım merkezi yaklaşık toplam 600 tane merkez bulunduğu gerçeğinden hareket edilecek olunursa bakıma muhtaç yaşlılara ve özellikle Alzheimer hastalarına şimdiye kadar kurumsal bakım hizmetinin yetersiz götürüldüğü için bakımın aile üyeleri tarafından karşılandığı anlaşılmaktadır.

Literatürde yaşlı bakımında, altı ana grubun yer aldığı bilinmektedir, bunlar: bakım verenler, sivil toplum örgütleri, çalışanlar, devlet hizmetleri, aileler ve yaşlıların kendileri olarak sınıflandırılmıştır. Ancak dünyanın birçok örneğinde farklı grupların ve paydaşların yaptığı çalışmaların birbiriyle koordine olmadığı ve sistematik ilerlemediği vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalar ve toplanan bulgulara göre, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin büyük güçlükler yaşadığı tespit edilmiştir. Akyar ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmadan elde edilen bulgulara göre, bakım verenlerin % 64'ü bakım verme nedeniyle ailede güçlük yaşadığı, güçlük yaşayanların % 40,6'sı bakımda destek alamama, % 34,4'ü psikolojik, % 18,8'i ekonomik sıkıntı yaşadığı bulunmuştur. Bakım verenlerin % 90'ının günlük yaşamı etkilenirken, hastası ileri evrede olan bakım verenlerin % 83,3'ü bakım vermede sorun yaşamaktadır. Bakım verenlerin bakımda sorun yaşaması neden olan durumların; hastanın amaçsız gezinme sorunu ve fekal inkontinansın ailede güçlük yaşanmasına neden olarak bulunmuştur. Bu durum bakım güçlüğüne rağmen ailenin bakım ihtiyacında olan bireyin evde ya da kurumda bakılması kararını vermesi gerektiğinde ikilem yaşanmasının muhtemel olabildiği görülmüştür (Akyar ve Akdemir, 2009).

Alzheimer hastalığının, seyri boyunca giderek sık oranda gözlenen kognitif bozulmadan bağımsız olarak GYA bozulmasına neden olan bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu durum bakıma olan ihtiyacı artırmaktadır. Sıklıkla gözlenen diğer semptomlar, depresyon ve anksiyete olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalıkla birlikte en sık saptanan semptomların uyku/gece davranışı bozukluğu, ajitasyon/saldırganlık, irritabilite ve halüsinasyonlar olduğu görülmektedir (Özge ve diğerleri, 2008). Hastalığa özel bu durumlar ise bakımı karmaşık hale getirmekte, güçleştirmektedir. Bu nedenle Alzheimer hastalarına bakım vermenin güçlüğü yanında karar verme konusunda inisiyatif kullanma gerekliliği bakım verenler tarafından paradoks yaşanmasına neden olmaktadır (Özge ve diğerleri, 2008).

Spector (2006) tarafından Alzheimer yaşam kalitesine ilişkin yapılan araştırmada, yaşam kalitesi, sağlık müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesinde veya tedavi kararlarının alınmasında giderek daha değerli hale geldiğini ortaya koymuştur. Yapılan

çalışmada, hasta bireyler ve bakım verenler tarafından demanslı kişilerin yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırmada, “yaşam kalitesi-Alzheimer hastalığı” anketi kullanılarak demansı olan kişiler görüşmeler yapılmış ve kognitif bozukluğun şiddeti dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Araştırmada veriler kuruluş ortamında toplandığında, bakım verenlerin artan umudu ile bakım alanların daha iyi bir yaşam kalitesi değerlendirmesi arasında bir korelasyon ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre, bakım evleri, bakım verenlerin düşük umut düzeyinin bakım alanın daha düşük yaşam kalitesine bağlı olabileceğinin bilinmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bakım personeli için etkili eğitim ve destek, sakinlerin yaşam kalitesini etkileyebileceği ifade edilmiştir (Spector, 2006). Bir diğer araştırma, orta evre 236 Alzheimer hastasının yaşam kalitesi algısına yönelik yapılan araştırmada ise “yaşam kalitesi-Alzheimer hastalığı” anketi kullanılmıştır. Araştırmada, yaşça daha genç olan Alzheimer hastaların eşleri ile evlerinde yaşayanların yaşam kalitesi skoru yüksek bulunmuştur. Alzheimer hastalarının, klinik bulgularından olan iştah yokluğu, apaty, depresyon, hepsinin bir arada olması gibi durumlarda yaşam kalitesi nispeten daha iyi iken ağır klinik bulguların varlığında (anksiyete, elation, ajitasyon, anormal fiziksel aktivite) yaşam kalitesini kötü etkilediği görülmüştür. Hastanın daha iyi mental sağlığın, daha iyi yaşam kalitesi skorunu getirdiği anlaşılmıştır (Conde-Sala, 2009).

Benzer olarak, Arun tarafından yapılan araştırmaya göre Antalya’da bakım kurumlarında çalışan 102 bakım verene, bakım hizmetlerinde ageism (yaş ayrımcılığı) düzeyini etkileyen faktörler araştırılmıştır. Ageismın alt boyutları olan ayrımcılık, önyargı ve kaçınma boyutları değerlendirildiğinde, haftalık yasal çalışma süresinin üzerinde çalışan bakım personelinin, 3 kat daha fazla ayrımcı tutuma sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca formel bakım verenlerin kaçınma düzeyi, bakım sektöründeki deneyimleri ile doğru orantılı olarak artmıştır (Arun, 2014). Benzer olarak “sağlık profesyonellerin yaşlı bireylere yönelik olumsuz önyargı, değer, inanç ve tutumları, yaşlı bireylere verilen bakımın kalitesine de yansımaktadır” (Ünalın, Soyuer, ve Elmalı, 2012). Yaşlı bireyin evde bakımı bir taraftan sorun çözerken, diğer taraftan bakım veren yetişkin için başka sorunların yaşanmasına yol açmaktadır. Yaşlıya bakım hizmetinin kaliteli olabilmesi için yetişkin çocuğun da yaşamının kalitesinin arttırılması

gerekmektedir. Bu yüzden profesyonel / formel destek gereklidir (Öztop ve diğerleri, 2008).

Bakım hizmetin sunumunda ve veriminde meslek ve bakım elemanları önemli roller üstlenmekte ve zaman zaman ciddi zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Evde bakım konusunda yeterli bilgi ve beceri düzeyine ulaşmamış aile bireyi bakıcılar psikolojik sorunlar ve tükenmişlik sendromu, ekonomik yoksulluk sorunu, fiziksel sorunlar ve sosyal dışlanma sorunu ile karşı karşıyadırlar. Bu elemanlar da özellikle mesleki, sosyal ve psikolojik bakımdan desteklenmelidirler. Yeterli donanıma sahip olmayan bireylere görev verilmemesi konusunda hassas davranılmalıdır (Genç ve Barış, 2015). Alzheimer hastalığında USB ihtiyacı birçok bakım ihtiyacında olanlara göre farklı bir konumda olduğu söylenebilir. Hastaların bakımında bakım verenlerin psikolojik ve fiziksel zorlanmaların yanında finansal olarak da önemli bir konumda karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın seyrine göre en uygun bakım modelinin sağlanması için hem kurumsal hemde evde bakım hizmetlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Türkiye’de dünyadaki örneklerde olduğu gibi bakıma ve yardıma gereksinim duyan yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bireyin kendi ortamında bakımının yetersiz kaldığı; bağımlılık düzeyinin arttığı ileri yaşlarda ya da nekahet dönemi, Alzheimer gibi özel durumlarda kurumsal bakımın ön plana çıktığı bakım modelleri üzerinde çalışmalar başlatılmıştır (ASPB, 2016 d). AÇSHB’nin Alzheimer-Demans gibi hastalıkları olanlar için ayrıca bakım merkezleri açması, yaşlıların gündüz gidebileceği mekânlar oluşturması, devletin yaşlıya bakan kişilere psiko-sosyal destek vermesi, evde bakıcı sağlaması gibi konular üzerinde çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmalar kapsamında hem yaşlıların hem de yetişkin çocukların devletten normatif dayanışma kapsamındaki beklentilerinin ve önceliklerinin kurumda bakım yerine evde bakımın desteklenmesi olduğu ve en çok ekonomik desteğe ihtiyaç duydukları, ihtisaslaşmış kurumların ise daha çok Alzheimer-demans gibi hastalıklar için daha öncelikli olduğu anlaşılmıştır. Bakanlığın, Alzheimer özelinde çalışmaları özelleştirmek amacıyla Mülga ASPB ‘**Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi- Demans Bakım Modeli Raporu 2017**’ çalışması yapılmıştır. Bu alanda USB kapsamında verilen hizmetlerin

özelleşmesi, demans dostu bakımı geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu çalışma kapsamında, “Ulusal Demans Modeli” aşamaları belirlenmiştir;

1. Toplumsal farkındalık yaratmak ve toplumun bu konudaki eğitimini sağlamak,
2. Tanı ve tedaviyi uzman kişiler ile planlamak,
3. Evde bakım destek sunumunu kuvvetlendirmek,
4. Evde ve kurumda bakım hizmetleri için, yerel yönetimleri ve sosyal hizmetleri etkin ve güvenli olarak kullanmak, denetlemek,
5. Aile bakımı veren kişilere sunulan desteği güçlendirmek,
6. Konut / kurumsal bakımın iyileştirilmesi, var olan kurumları demans hastası barındırabilecek standardizasyona getirmek ve “demans dostu” olarak sunmak,
7. Bakım yollarını ve bakımın eşgüdümünü daha iyi bir hale getirmek,
8. Sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri için eğitim desteğini arttırmak ve standardize etmek,
9. Yenilikçi teknolojileri izlemek,
10. Demans ile ilgili tedavi ve araştırmalardaki yenilikleri takip ederek kendi popülasyonumuza uygun hale getirmek hedeflerini kapsamaktadır (Özbabalık ve Hüsseyin, 2015).

3.3. ALZHEİMER HASTALARININ UZUN SÜRELİ BAKIM TERCİHLERİ

Alzheimer hastaları uzun süreli bakım hizmetlerinde kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetinin ağırlıklı olarak verildiği görülmektedir. Atlas çalışmasına göre Alzheimer hastası 65-70 arasındaki yaşlılara gelinlerin- çocukların (kızları % 24), eşlerinin (% 61) baktığı ifade edilmiştir. 80 yaşın üstünde ise % 44 kızları, % 17 eşlerinin baktığı ve bakım verenlerin % 50 ev kadını statüsünde olduğu tespit edilmiştir. Tufan, kadın yaşlısına bakamayacak hale gelirse bakımevi gerekecek ve toplum açısından daha fazla masraf anlamına gelecek varsayımında bulunmuştur. Buna karşın bakım veren aile fertlerinin özellikle psişik, fiziksel, ekonomik durumu bozulmaya başlayınca Alzheimer hastasına bakma isteğinin önemli ölçüde azaldığı ve sosyal yaşamın zorluklarının yardımlaşma ve dayanışma yetenekleri ile aşıldığı bulunmuştur. Yaşlılar açısından sosyal destek ağının önemi vurgulanmış ve bakımevi sayısı yeterli ülkelerde bile

Alzheimer hastası yaşlının % 80-90'ının ailesi tarafından bakıldığı belirtilmiştir. Ailenin yaşlısına bakım isteğinde azalma olmadığı halde, demans hastalarına bakan aile üyelerinin üst düzeyde gerginlik ve baskı altında olduğu saptanmıştır. Aileler buna rağmen yaşlılarını bakımevine vermeleri konusunda karar alırken zorluk çektiklerini belirtmiş ve ağır engeli bulunan yaşlıların %92'sine, demans hastalarının % 48'ine aileleri bakmayı tercih etmiştir (Tufan, 2016).

Alzheimer hastaları gerek toplum temelli bakım hizmetlerinde gerekse kurumsal bakım hizmetlerinde özel bir yaklaşım geliştirilmesi önemli olmaktadır. Hastaların tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak yaşlının çevresel ve tıbbi güvenliği sağlanmalı, yaşlıyı çeşitli etkinliklerle aktif hale getirmeli ve bu yaşlıların ailelerindeki çaresizlik ve suçluluk duygularının azalması sağlanmalıdır (Öztürk, 2012). Bakımın bu sorunlarından dolayı Avrupa'da demans hastalarından Alzheimer hastalığı olan kişilerin % 20 ile % 50'sinin kurumlarda bakım gördüğü (Alzheimer Europe, 2006) ve bakım kurumlarında kalan yaşlıların çoğunluğunun demansın bir biçimine sahip olduğu tahmin edilmektedir (Matthews ve Denning, 2002). Son yıllarda yapılan tahminlere göre bu rakamın % 80'in üzerinde olduğu düşünülmektedir (Quince, 2013).

Türkiye Alzheimer Derneğinin üyesi olduğu Avrupa Alzheimer Derneği'nin "Avrupa'da Demans Yıllığı-2017" dokümanında, bakım evlerindeki standartlar bir alt başlıkta ele alınmış ve bu doküman yayınlanmıştır. Türkiye de, destek verdiği bu çalışmada, Alzheimer hastaları özelinde bakım evlerinin yasal çerçevesi, fiziksel çevresi, insan gücü, haklar, yaşam sonu bakım, istismar ve kısıtlamalar konusunda görüşlerini açıklamıştır. Bu raporda Avrupa'da uygulanan kaliteli bakıma ilişkin öz denetim, komuta-kontrol ve gelişmekte olan kalite güvence sistemleri olmak üzere üç yaklaşım öne çıktığı açıklanmıştır. Yayınlanan belgede Avrupa'da yaşayan demansı olan yaşlıların toplum içinde evde bakım hizmeti almasının yanı sıra hastalığın seyri nedeniyle farklı nedenlerden dolayı bakımevinin tercih edilebileceğinden bahsedilmektedir. Aynı zamanda bakımevine gelmeyi tercih eden yaşlılarda da demans gelişebileceğine dikkat çekilmektedir (Alzheimer Europa, 2017). Bakımevleri, bütün ev temelli bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu durumlarda özellikle demans hastalarında öne çıkmaktadır (Christensen ve Waerness, 2018).

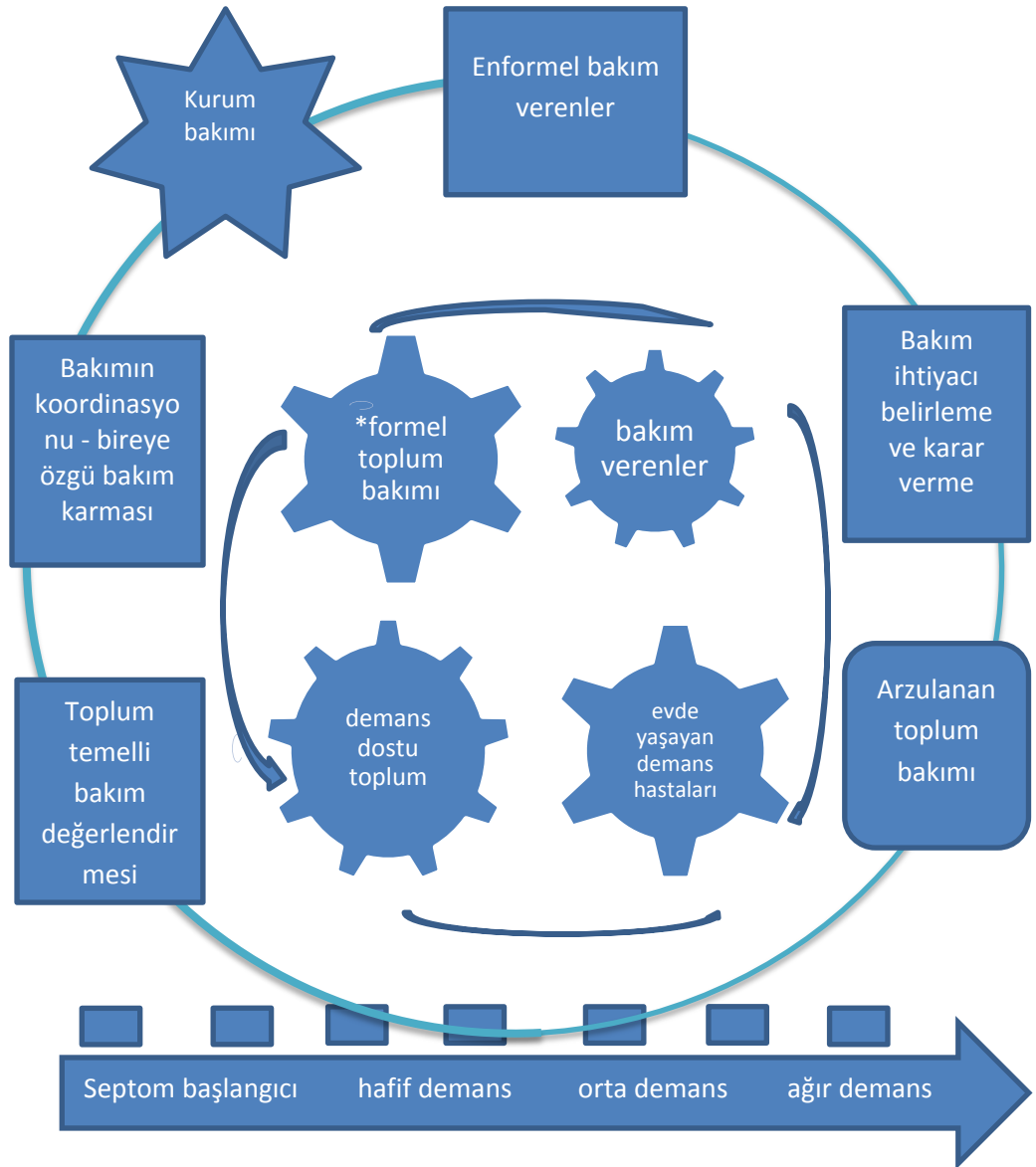
Alzheimer hastalarının evde ya da kurumsal bakım hizmeti almalarının avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu konuda yukarıda bahsedildiği gibi bakım verenlerin enformel ya da formel olsun bakım hizmeti sürecinde önemi büyüktür ve iyi desteklenmesi gerekmektedir. Bakım hizmetinin maddi ve manevi yükünün karşılanabilmesi için toplum temelli bakım hizmetinin giderek daha yaygınlaşacağı söylenebilir.

3.3.1. Alzheimer Hastaları Özelinde Toplum Temelli Bakım Tercihi

Alzheimer hastasındaki ani ruh hali değişikliklerinin, tekrarların, unutkanlıkların bakım veren aile üyelerindeki bakım verme yükünü arttırdığı, bakım verenlerin en çok psikolojik ve ekonomik yardıma ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir. Ama yine de ailelerin hastalarının bakımı konusunda uzman kişilerden destek almak istedikleri ve kurum bakımını ilk seçenek olarak tercih etmedikleri belirlenmiştir (Soner, 2017). Avrupa Sosyal Refah Politika ve Araştırma Merkezi (European Centre for social Welfare Policy and Research-Vienna) tarafından 2017 yılında yayınlanan çalışmada, demanslı bireylerin kurum bakımı yerine toplum temelli bakım ve kaliteli bakım için toplumun hazırlanması konusu ele alınmıştır. Merkezin, toplum temelli bakımı tanımlamasında ise bireylerin:

- ✓ Güvenlik ve özerklik,
- ✓ Bakıma karar vermesinin desteklenmesi,
- ✓ Hak temelli destek hizmetlerine erişim,
- ✓ Saygınlık ve yaşam sonu bakımı

gibi etik ve yasal konuları içermektedir. Toplum temelli bakım ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında toplumun demanslı hastaya bakmaya gönüllü olmasının maliyet etkili ve kullanıcı tercihlerine uygun olması, güvenlik önlemleri ile bağımsızlığının korunması arasındaki hassas dengeye dikkat çekmektedir. Bu denge için beş dikkat edilmesi gereken nokta üzerinde durulmuştur (Schulmann, Ilinca, ve Leichsenring, 2017).



Şekil 5. Lenchister'in Demans İçin Beş Dikkat Edilmesi Gereken Nokta

*formel toplum temelli bakımı: 1. Basamak sağlık hizmetleri, evde bakım, gündüzlü merkezler, özelleşmiş sağlık bakımı, sosyal bakım, evde destek hizmetleri

Kaynak: (Schulmann , Ilinca ve Leichsenring, 2017)

Şekil 5'de demans hastaları için toplum temelli bakımın sağlanması için dikkat edilmesi gereken noktalarının ve yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu konuda birinci dikkat edilmesi gereken nokta; **arzulanan toplum bakımını verenlerin** (formel/enformel bakım verenlerin, çoğunlukla kadınların) ihtiyaçları ve refah düzeylerinin iyileştirilmesi, toplum bakımının dolaylı maliyetleridir. Aslında, erken evredeki demans hastalarına toplum temelli bakım sağlamak, kurumsal bakımdan daha düşük maliyetli olmaktadır. Hastalık ilerledikçe tersi bir durum yaşanmakta, belli bir noktada bakım ihtiyacı

yoğunluğu nedeniyle evde bakım sürdürülemez hale gelmekte ve kurumsal bakımı erteleme olasılığını azalmaktadır (Schulmann, Ilinca ve Leichsenring, 2017).

İkinci dikkat edilmesi gereken nokta; **bakıma ihtiyacını belirleme ve karar verme noktasında** bakım alanların hastalıkla ilişkili kognitif bozukluk nedeniyle karar verme kapasitelerinde bozulma yaşamasından dolayı bakım ihtiyaçlarını karşılamak için bakım hizmetleri ile eşleştirmesi açısından yetersiz kalabilmektedirler. Bu durum aile üyelerine ağır bir yük getirmektedir. Bu yaklaşım tezde üzerinde durulan bakım verenin inisiyatif alma konusu ile örtüşmektedir. Aynı zamanda enformel bakım verenler günlük bakım aktivitelerine yönelik bakım ihtiyacını öne sürerken, bakım profesyonelleri daha fazla klinik, tıbbi ihtiyaçlarını vurgulama eğilimindedir. Bakım hizmetlerinin sıklıkla kullanıcı ihtiyaçlarına göre uygun olmadığı şeklindeki değerlendirmeler bu nedenle şaşırtıcı değildir. Bakım sürecinde yer alan aktörlerin farklı algılamalarından kaynaklanan çatışmalar yaşanmaktadır (Schulmann, Ilinca ve Leichsenring, 2017).

Üçüncü dikkat edilmesi gereken nokta; **enformel bakım verenler olan ailenin** ya da yakınlarının bakım verenleri için 'görünmez ikinci hasta' olarak anılmasıdır. Çünkü çoğu kez enformel bakım verenlerin ihtiyaçları genellikle göz ardı edilmektedir. Bu ihtiyaçlar gittikçe artmakta ancak birçok ülkede ihtiyaçlarına göre şekillendirilmiş hizmetler, danışmanlıklarda hala eksiklikler bulunmaktadır (Schulmann, Ilinca ve Leichsenring, 2017).

Dördüncü dikkat edilmesi gereken nokta; **bakım koordinasyonu ve bireye özgü bakım karması** planının olmamasıdır. Burada ailelerinin toplum temelli hizmetlerde parçalanmış ve uyuşmayan hizmetler arasında gezinirken karşılaştığı güçlükleri vurgulanmaktadır. Vaka yönetiminin, eşgüdümlü bakım hizmetlerine ulaşmada yararlı bir araç olabildiğine dikkat çekilmektedir. Vaka yöneticileri, aileleri veya yakınlarını bakıma ilişkin bilgilendirme ve yönlendirme yapabilmekte, bakım hizmetlerini organize etmede yardımcı olmakta, aileler ile formel bakım verenler arasında çıkan çatışmalarda arabuluculuk rolü almaktadır (Schulmann, Ilinca ve Leichsenring, 2017).

Beşinci dikkat edilmesi gereken nokta; **toplum bakımını değerlendirmenin** öneminin anlaşılmasıdır. Demans hastaları için toplum bakımının kıymeti ve etkililiğinin kıyaslamasını sağlamak gerekmektedir. Toplum bakım veya desteğinin boyut ve kalite ölçütlerinin önemli olduğunu vurgulayan kavramsal bir değişime ihtiyaç bulunmaktadır. Demans hastaları ve onlara bakım verenlerin yaşam kalitesinin ve refahının daha doğru ölçülmesinin geliştirilmesine önem verilmelidir. Ayrıca demans hastaları ve ailelerinin desteklenmesinde toplumun sunduğu hizmetlerin tümünü önemini yansıtan ölçümler yapılması ve izlemenin uygulanabilir hale gelmesi için veri toplama altyapısının oluşturulması gerekmektedir (Schulmann, Ilinca ve Leichsenring, 2017).

Ulusal ve uluslararası literatürde kalite algısına yönelik çalışmalardan ‘Avrupa Sosyal Refah Politika ve Araştırma Merkezi’ tarafından 20 Avrupa ülkesinde USB hizmetlerinde “iyi bakım” algısına dayalı çalışma 2016 yılında yayınlanmıştır (Schulmann, Gasior, Fuchs, ve Leichsenring, 2016). Bu çalışma sırasında USB hizmetlerinde görev alan bakım profesyonelleri ile yapılan görüşmelerde; empati, saygı, güven yanında çok disiplinlilik, profesyonellik, sorumluluk alarak bakımı planlama ve bakım alanlarla daha kişisel ilişkiler kurmaya açık olma gibi kavram ve unsurlar öne çıkmıştır. Çalışmada, USB hizmetlerinin kendine özgü sistem kimliğinin geliştirilmesi için yeni kavramların oluşturulması, ‘iyi uygulamalar’ ile ilgili bilginin yaygınlaştırılması ve uygulamaların dönüştürülmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sistem kimliği oluşturulurken sağlık ve sosyal bakım hizmeti verenler arasında USB yönetiminde devam eden ayrışmanın giderilmesi, profesyonellerin sorumluluklarında ve mesleki sınırlarında bir biri içine giren hizmetlerin belirlenmesi, finansmanı ve geri ödemelerin yapılmasındaki farklılıklar ve eksikliklerin giderilmesi ile sağlanacağı bulunmuştur. Bu bakış açısıyla bakımın kalitesini etkileyen unsurlar;

1. Bakım profesyonellerin tutumu ve bakım kalitesini de etkileyen örgütsel geçmişi,
2. Bakım profesyonelleri ve aile mutabakatı,
3. Bakımın organizasyon ve diğer mesleklerle işbirliği,
4. Bakım alanlarla olan ilişki,
5. Zaman baskısı,
6. Fiziksel ve zihinsel gerginlik

olarak sıralanmıştır (Schulmann, Gasior, Fuchs, ve Leichsenring, 2016).

3.4. ALZHEİMER HASTALARININ BAKIM YÜKÜ

Buono ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre, Alzheimer hastası olmayan yaşlı bireylerden oluşan ailelere kıyasla hasta bulunanların bakım yükü düzeyi (özellikle de sağlık durumu, sosyal ilişkiler ve ailenin mali koşulları) algısının, evde bakım veren yakınları için ciddi sıkıntılar oluşturduğu ifade etmiştir. Her ne kadar Alzheimer hastası aileleri diğer yaşlılara bakımlara kıyasla mevcut sağlık ve sosyal hizmetlerden daha fazla yararlıysa da bakım hizmetlerine desteğini sınırlı kullandıkları (bilgi eksikliği nedeniyle değil) görülmüştür. Hastalığın yönetiminde, poliklinik ve hastane hizmetlerinde görev alan geriatrist, psikiyatrist, hemşire, fizyoterapist, sosyal çalışmacı gibi profesyonellerden daha çok aile hekimlerinden bilgi ve destek alınmak istendiği görülmüştür. Aile hekimlerinin, bakım verenlerin kararlarında etkili olduğu aynı zamanda bakım yükü yüksek olan hastanın yaşlı yakınlarından daha fazla destek istediği ile karşılaştığı anlaşılmıştır. Araştırmada bu isteklerin, bakım yükü seviyesinden bağımsız olarak ev içindekilere psikolojik destek, finansal katkı ve yeterli bakım programlarının verilmesine olduğunu ifade edilmiştir (Buano ve diğerleri, 2011). Uygulanan çok bileşenli demans tedavi yönetim programının, birinci basamakta aile hekimleri bazında sağlık hizmeti uzmanlık bilgisinin, bakım verenlerin tutumlarına etkisi ve demans hastalarının bakım kalitesi algılarına olan etkisini değerlendirmek istenmiştir. Lakin yapılan araştırmada, hastalarının bu hizmetlere zor ulaştığı sonucu çıkmış olup birinci basamak sağlık hizmeti verenlerle ve bakım verenler arasında bilgi, tutum ya da bakım kalitesi algıları arasında hiçbir farklılık bulunmamıştır (Chodosh ve diğerleri, 2006).

Bilgili'nin (2000) araştırmasında da yaşlı bireylere bakım verenlerin % 63,3'ünün yaşlı bireyin ruhsal durumundaki değişiklikler nedeniyle yaşlı birey ile birlikte yaşamaya ilişkin olumsuz düşünceleri olduğu, % 51,6'sının yaşlı bireyin bakımını üstlendiklerinden beri yaşantılarının çok kısıtlandığı ve kendilerine zaman ayıramadıkları, % 31,6'sının yaşlıların söylenmek, beddua etmek ve ailedeki diğer bireylerin özel yaşamlarına müdahale etme gibi davranışları nedeniyle yaşlı ile ilişkilerini kötü olarak değerlendirdiği, % 28,3'ünün ruhsal sağlıklarının çok etkilendiği bulunmuştur (Bilgili, 2000). Lök ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan demans tanısı

almış 10 hastanın bakım verenler ile yapılmış nitel araştırmaya göre katılımcıların bakım vermeye başladığından bu zamana kadar hayatlarında meydana gelen değişiklikler incelendiğinde; katılımcılar samimi ilişkiden yoksun olduğu, devamında ise bakım veren kişiye bağımlı hale geldiği, kendi öz bakımını yapamadığı, işten ayrılmak zorunda kaldığı, çoğu zaman maddi sıkıntılar yaşadığı, evli ise eşi ile ilişkisinin bozulduğu, sadece zorunlu işleri yapabildiği gibi ifadeler kullanmışlardır. Araştırmada, demanslı bireylere bakım verenlerin büyük oranda entelektüel kapasitelerinde bozulmaların meydana geldiği işaret edilmiştir (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015). Alzheimer hastalarına evde enformel bakım verenlerin (ailelerin) algılarına dayalı duygusal durumunun değerlendirilmiştir. Bu durumun önemli olduğu düşüncesi ile risk altındaki bakım verenler için bakım yükü, stres, tutarlılık ve baş etme stratejilerini ölçen ölçekler kullanılmıştır. Araştırmada, bakım yükü fazla olan bakım verenlere göre bakım yükü düşük olanların sağlıklı ve tutarlı olma algısının düşük olduğu bulunmuştur. Bu skorlara bakıldığında yaşla ilişkili olarak algılanan sağlıklı olma hissi karşısında izolasyon, hayal kırıklığı, duygusal katılımı zorluğa bağlı gelişen bakım yükü hissini yüksek olduğu bulunmuştur (Andrea ve diğerleri, 2016).

Demans/Alzheimer hastası olan bireylerin aşamalı olarak terminal döneme gelmesi durumunda, palyatif bakım sağlayan programların bakımevleri tarafından verildiği görülmektedir. Bakımevlerini, hastaların problem davranışlarının yönetimi, yıllar boyunca uzayan bakım hizmeti, bakım verenlerin yükü vb. demansa ilişkin farklı sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Toplumda yaşayan demanslı bireyler için palyatif bakım konusunda çok az araştırma mevcuttur. Uygulanan Palyatif Mükemmellik (PEACE) adlı programa kayıtlı demans hastaları üzerinde yapılan araştırmada Caregiver Strain Index, Revize Hafıza ve Davranış Problemleri Kontrol Listesi ve Katz GYA İndeksi de dâhil olmak üzere belirlenmiş ölçüler kullanılmıştır. Araştırmada, bakımevinde hasta, bakıcı ve destek sistemi özelliklerine ilişkin stres faktörlerini ve kaynaklarını incelemiştir. Araştırmada demans hastaları için etkili palyatif bakım programlarının, çeşitli kaynakları ve bakım verenlerin kişisel özellikleri ele alınmıştır. Araştırma sonucunda, sorunlu davranışların yönetimi için bakım verenlere yeterli desteği vermek, demans ilerleyişi ile ilişkili bilişsel ve davranışsal değişikliklere karşı duygusal tepkilerle başa çıkmaya yardımcı olacak danışmanlığı sağlamak, sağlık ekibi

ile iletişimi kolaylaştırmak ve GYA fonksiyonel sınırlamalarla ilgili yardım için toplum ve diğer kaynaklara erişimi oluşturmak gereklilikleri bulunmuştur (Dıwan ve diğerleri, 2004). Diğer yandan bakım verenin bakım sürecinin olumlu yönlerini görmesini sağlamak, eğitim yoluyla bilgi ve becerisini arttırmak, baş etme yöntemlerinin farkında olmak sağlık profesyonellerinin özellikle de hemşirelerin önemli sorumlulukları arasında sıralanmaktadır (Küçükgüçlü ve diğerleri, 2017).

Bu bakışla Hartford Enstitüsünün hazırlamış olduğu hemşirelik uygulamaları protokolleri arasında yer alan hasta yakınına yönelik bakım hizmetleri sıralanmıştır. Bu hizmetler; günlük yaşam aktiviteleri, hastalığa yönelik olan bakım, bakımın yönetimi olarak üçe ayrılmaktadır. Protokole göre hizmet verenin yaklaşımları hakkında olması gerekenler belirlenmiştir. Bu yaklaşımlar; bakım veren kişilerin bakım vermeye hazır oluşunu artırmak için gerekli olan içeriğin ve becerilerin tanımlanması gerektiği, bakım veren kişinin sorunları, bilgi istenen konuları belirleyerek bunlara yönelik öğrenme stratejileri oluşturulması ve işbirliği yapılmasını içermektedir. Ayrıca bakım veren kişinin kendi gücünün farkına varmasını sağlanması, kişinin uygun kaynakları bulması ve bu kaynaklardan yararlanması, bakım verme konusundaki fiziksel ve emosyonel yanıtlarını tanıması ve yönetmesini içermektedir. (HIGN, 2018). Alzheimer hastalığında ise 7 bakım prensibi olarak;

1. Alzheimer/demans hastalığının tanısının konması ve negatif etkilerinin azaltılması için eğitim programları konması,
2. Multidisipliner yaklaşım insan onuruna yakışır yaklaşım ve sorumluluğunda olması,
3. İstismardan koruyan güvenli çevre oluşturulması,
4. Risk altında olan demans hastaları için tedavi, bakım ve sosyal destek oluşturulması,
5. Günlük yaşam aktivitelerine ilişkin çözümler için aile destekleri ve aile eğitim programları yapılması,
6. Demans hastaları ve ailelerin ihtiyaçları karşılanması,
7. Demans hastalarının ihtiyaçlarına uygun bakım için formel bakım verenlerin eğitimi yapılması tanımlanmıştır (Tekin ve diğerleri, 2010).

3.4.1. Alzheimer Hastalığı Özelinde Bakım Veren Kadın Olmak

ILO'ya göre kadın aile üyelerinin cinsiyet ayrımcılığına dayalı ücretsiz bakım verme miras davranışı, kayıtlı iş gücünün dışında kalmaya, bu nedenle de daha yüksek yoksulluk çekme ve düşük sosyal koruma olasılığına maruz kalmalarına neden olmuştur. Aynı zamanda bunun bakım hizmetlerinin gizli masrafları olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Ailede bakım veren kişilere maddi teşvikler veren ve düşük kurumsallaşma oranlarına sahip Türkiye gibi ülkelerde; iş gücü faaliyetlerine katılım sağlamaya yönelik uzlaştırma baskısı, aile bakımı olanaklarının aşırı derecede bakım hizmeti sağlamaya yöneltmesi ve artan bakım hizmeti ihtiyacı olduğunu gösteren çalışmalar bakım hizmetinde sorun yumağı olma olasılığına dikkat çekilmiştir (UN, 2016).

Bakım hizmetlerinde işgücü arzında kadın istihdamı önemli konularından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Bakım hizmetlerinde söz konusu istihdam açığı ise ekonomik ve sosyal sorunlar nedeniyle göç etmekten başka çaresi kalmayan ve bakım hizmetlerinde işgücünün feminizasyonu olarak tariflenen durumu yaratmaktadır. Bakım hizmetlerinde işgücü açığı, göçmen kadınlar tarafından doldurulmaktadır. Bu çerçevede söz konusu açık bir taraftan iç piyasadan, kırsal alanlardan şehirlere göç eden kadınlar (iç göçmen) ve geleneksel olarak aile üyeleri tarafından telafi edilirken diğer taraftan görece daha esnek ve ucuz çalışabilen gelişmemiş ülkelere gelişmiş ülkelere göç eden kadınlar (dış göçmen) tarafından bakım açığı giderilmeye çalışılmaktadır. Bu durumu en güzel özetleyen ifade; “doğudan batıya ya da güneyden kuzeye sevgi ithali” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün zengin ülkeler, hala gelişmekte olan ya da az gelişmiş dünyanın tarımsal ve endüstriyel işgücüne ihtiyaç duymakla birlikte göçmen bakıcılarla gerçek annelik ve evlat duygusunu transfer etmektedirler. Az gelişmiş ülkelere gelen kadın bakıcılar geldikleri ailelere annelik duygusunu getirirken geride kalan çocuklarını bundan mahrum bırakmaktadır (Ehrenreich ve Hochchild, 2004). Türkiye’de yapılan araştırmalardan anlaşıldığı üzere yaşlıların kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinden yararlanmak istedikleri görülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin çoğunlukla enformel ve kadın insan gücüne dayalı olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Evde USB Hizmeti Veren Kadınların Yüzdesi

Toplumdaki kadınlar yaş grupları	Engelliye bakan	Yaşlıya bakan
15-19	2.4	0.0
20-24	0.3	0.6
25-29	2.1	0.3
30-34	3.8	0.2
35-39	7.6	1.0
40-44	11.4	1.9
45-49	15.6	1.0

Kaynak: TNSA, 2008

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Tablo 34’de görüldüğü gibi evde, ailedeki kadın üyelerin bakım hizmetini verdiğini ortaya koymuştur. Araştırmada, hanelerin büyük bir çoğunluğunda yaşlı bulunmadığı görülmüştür (HÜ, 2008). BM (2016) yayınlarına göre USB hizmetleri kapsamında kurumsal bakım ve formel bakım verenlerin dışında bakım hizmetini üstlenen ve önemli bir yükü çeken enformel bakımın (verilmesi ve alınması) ezici bir çoğunlukla bir kadın meselesi olduğu belirgin hal almıştır. Bakıcıların çoğunluğunun (hem formel çalışan hem enformel) kadınlar olduğu ve kadınların daha uzun yaşadığı gerçeğinden dolayı bakım hizmeti alanların da çoğunluğunu kadınların oluşturduğu belirtilmiştir (UN, 2016).

Kadınların işgücüne katılmalarından dolayı toplumda bakım rolü gittikçe azalmaktadır. Yabancı bakım veren kadınlarda dul ve boşanmışlık durumunun yerli kadınlardan daha fazla olduğunu, yerli işgücü ile kıyaslanırsa eğitim düzeylerinin en aşağı lise olmak üzere çoğunun üniversite mezunu olduğu bulunmuştur USB kapsamında yerli evde bakım veren kadınların sektöre orta ve daha ileri yaşlarda girdikleri dul ve boşanmış kadınların da önemli sayıda bulunduğu ve eğitimlerinin ilkokul düzeyinde olduğunu işaret etmiştir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2016). Bakım sektörü/mor ekonomi/mor işler ise kadın istihdamını artırma amacına ulaşmada kullanılabilecek bir alan olarak tartışılmaktadır (İlkaracan, 1998). Bunun yanında erkek hasta/yaşlı bakımında ve hastanın/yaşlının hastane ortamında kaldığı durumlarda erkek bakıcı talep edilebilmektedir. Ancak sektörde müşteri taleplerinin her geçen gün artmakta olması, bu alanda çalışacak olan kadınlardan beklentilerin artmasına neden olmaktadır. Özellikle çocuk bakımı ve hasta bakımı ile tıbbi bakım gereksinimi olan yaşlıya bakım hizmeti

sunabilmek için daha nitelikli, becerili bir kadın işgücü (sınırlı sayıda erkek de) talep edildiğine değinilmiştir (Kalaycıoğlu ve diğerleri, 2016).

Diğer yandan Alzheimer hastalarına bakım veren kadın olmak, aile bireyi Alzheimer hastası yaşıya bakmak önemli yükler getirmektedir. Kadının bakımdaki rolüne tarihsel olarak baktığımızda; kendi evlerinde, daha sonra para karşılığında işgücü piyasasında yerini almıştır. Aynı zamanda kadın bu süreçte hızla endüstriden özel sektöre farklı alanlarda çalışmaya uyum sağlamıştır. Kadınların profesyonel medikal hizmetleri dönüştürdüğü ve az eğitilmiş, vasıfsız çalışan olarak bu hizmetleri (çoğunlukla ev programları, taburculuk eğitimi vb. ile edindiği bilgilerle) verdiği görülmektedir (Christensen ve Waerness, 2018). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin birinci sırasında kadın olduğu görülmektedir.

Bakım sürecinde özellikle, yakını Alzheimer hastasına bakım veren kadınların, sosyal yaşamdan büyük ölçüde uzaklaşması ve zamanının büyük kısmını Alzheimer'lı yaşlı ile geçirmesidir. Hastaların, günlük temel ihtiyaçlarını yerine getirememelerinden ve hastanın kendi yaşamını tehlikeye atma riskinden dolayı bakıcılar hastalarını hiçbir şekilde yalnız bırakmamaktadırlar. Hatta boş zamanlarında bile bakıcı, bakım sürecinden uzaklaşmamaktadır. Hastanın yaşadığı uyku düzensizlikleri bakıcıyı da etkileyebilmekte, bakım süreci yirmi dört saat devam eden yorucu bir süreç haline gelmektedir. Bakıcıların günlük yaşamları, iş hayatları, sosyal yaşamları kısıtlanmakta, aile ilişkileri bozulmaktadır. Sosyal yaşamdan uzaklaşmak, aile ilişkilerinde gerilim yaşanması ve kamusal yaşam ile etkileşiminin kesilmesi bakım veren kadında stres ve kaygılara neden olmaktadır. Genel olarak bakımın objektif yükünden ziyade subjektif bakım yükünün bakıcıları daha fazla etkilediği, fiziksel olarak etkilenmekten ziyade psikolojik olarak etkilendiklerini belirten aile üyesi kadın bakıcılar, kendilerinin daha sınırlı ve stres altında olduklarını ve bu durumun yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (Karaca ve diğerleri, 2016).

Bakım hizmeti veren konumda olma; bireysel özellikler, bakım verilen kişinin yakınlığı, bu role hazır oluş (kadın olma) ile ilgili olsun ya da olmasın, bakım verme bireyin yaşamını büyük ölçüde sınırlamakta ve yeni düzenlemeler yapmasına neden olmaktadır.

Bakılan kişinin rahatı ve refahı için alınan tedbirlerin; bakım veren bireyin, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. Bakım verme konusunda aile üyelerinden destek alamadıkları için de yalnız kaldıklarını ifade etmişlerdir. Temel rolü bakım verme olan hemşirelerin; danışmanlık, araştırmacı, eğitici, tedavi edici ve savunucu rollerinin gereği olarak demans/Alzheimer hastası bireyle ilgilenirken yalnız hastanın değil bakım verenin gereksinimlerini de düşünmesi ve demans/Alzheimer hastasının tıbbi tedavi sürecinin bir parçası olarak görmesi gerekmektedir (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015).

Yaşlılık döneminde kadınları dezavantajlı konuma getiren etkenlerden bir diğer konu ise yaşamın yaşlılık öncesi dönemlerinde kadınların yoğun bir biçimde yaşadığı “zaman yoksulluğu-açığı” gösterilmektedir. Kadınlar; hane içindeki yaşlı, engelli, hasta ve çocuk bakımı gibi zaman, kaynak ve kurumsal hizmet gerektiren alanlarda ücretsiz emek konumuna indirgenmektedir. Bu anlayış, kadınların toplumsal yaşama ve emek süreçlerine katılımını engellemektedir (Uluocak, 2017). Gelir getiren bir işte çalışması durumunda iş ortamında geciken terfiler ve düşük ücretler nedeniyle bakım veren kadınlar, ilerleyen yıllarda, düşük emekli maaşları ile ekonomik zorluklar yaşamaktadırlar. Özellikle yaşlı bireyin bakımı nedeniyle işlerinden ayrılan ve gelecekle ilgili planlarından vazgeçmek zorunda kalan kadınlar, bir süre sonra bu durumdan yaşlı bireyleri sorumlu tutarak öfke duyabilmektedirler (Bilgili, 2000).

Alzheimer hastasına bakım vermek tam zamanlı bir iştir. Bunlara ek olarak da manevi açıdan yıpranmalarının, formel bakım verenlere göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Eskiden, evde otorite konumunda olanların, rol değişikliklerini bizzat tecrübe etmenin, hastalarındaki kişilik değişikliklerini gözlemlemenin ve hastalığı tamamen ortadan kaldıramayacaklarını bilmenin onları psikolojik açıdan olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Çoğu zaman hastalarının “hasta” olduğunu unutmakta ve yaptıkları davranış ya da söyledikleri sözlerden ötürü üzülmeaktedirler. Daha sonra bunu hatırladıklarında da pişman olup kendilerine kızmaktadırlar. Bakım verenlerin, verdikleri bakım sebebiyle kendi sağlıkları da bozulmakta depresyon, mide ağrısı, vücutlarını yanlış kullanmalarından ötürü bel ve boyun fıtığı, sinir sıkışması gibi hastalıklar görülmektedir. Araştırmadan, bakım verenlerin hastalarının bakımı konusunu

uzman biriyle paylaşmak istedikleri ve hastalık ilerledikçe kurum bakımına ya da evde formel bakıma sıcak bakmaya başladıkları bilgilerine ulaşılmıştır. Bakım verenler, ihtiyaç duydukları psikolojik, ekonomik ve sosyal kaynaklara ulaşamamaktadırlar. Bakım verenler, hastalık ve hastalarına karşı ne şekilde yaklaşmaları gerektiği hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, bu konu hakkında bilgilendirilmek istediklerini belirtmektedirler. Hastalık ve tedavisi hakkında bastırılacak kitapçıkların kendileri için faydalı olacağını düşünmektedirler (Soner, 2017).

Sonuç olarak; bakım veren kişiler bilgi eksikliği, aile içi destek ağının yetersiz olması, destek alabilecekleri kişi/kurumların olmaması gibi nedenlere bağlı olarak karşılaştıkları sorunlarla baş etmede yetersiz kalmaktadır. Kadın bakıcıların zaman bağımlılığı ile fiziksel ve sosyal yükleri erkek bakıcılardan daha fazla, her iki cinsiyette de duygusal yük benzer bulunmuştur (Akpınar ve diğerleri, 2011). Bakım veren kişilerin karşılaştıkları sorunlara yönelik olarak eğitimlerin planlanması ve uygulanması, bakım veya danışmanlık hizmeti verecek kurumların oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Özcan ve Kapucu, 2009). Oluşturulacak bu planlamaların yaşlı bireylerin daha kaliteli hizmet almasını sağlamasının yanı sıra aile bireylerine de destek olabilmesi nedeniyle kadın erkek bakım verenlerin sorunlarla baş edebilmelerini kolaylaştıracaktır.

IV. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde, araştırmanın amacı; Alzheimer hastalığı özelinde USB hizmetlerinde görev alan profesyonel ve hasta yakınların iyi bakıma ilişkin algılarının ne olduğu ortaya konmak istenmiştir. Türkiye’de USB kapsamında evde ya da kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan Alzheimer hastalarına enformel/formel bakım verenlerin kalite konusunda algıları ile Bakım Hizmetleri Kalite Standartları belirleme çalışmalarına katılan ve politika belirleyenlerin kalite algılarına dair duygu ve düşünceleri derlenmiştir. Literatürde USB hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu ve kaliteli yaşam için kaliteli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerekliliğine dair birçok yayına rastlanmıştır. Lakin USB hizmetlerinde yaşam kalitesi için bakım hizmetinin kalite algısı üzerine özgün bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile Alzheimer hastalığında olduğu gibi bakım hizmeti talep etme ve memnuniyetini bildirmede zorluk çeken mental sorunu olanlara bakım verenlerin kaliteye ilişkin algıları öğrenilmek istenmiştir. Böylece “iyi bakım” algısına dayalı bakım hizmetlerinin kalite standartları geliştirilme çalışmalarına katkı verilmek istenmiştir. Alanda önemli çalışmalardan biri olan Avusturya Sosyal Politikalar Enstitüsü’nün yaptığı “iyi bakım” araştırmasında, sağlık ve sosyal bakım alanında kaliteli hizmetin değerlendirilmesinde enformel bakım verenlerin katkılarının yeri ve öneminin büyük olduğu belirtilmiştir (Lenichsenring ve diğerleri2016). Bu amaçla kaliteli bakım algısını öğrenmek amacıyla yapılan nitel araştırma yöntemi tercih edilen ‘Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma’ isimli bu tez çalışması yapılmıştır. Bu bölümde araştırmanın yöntemi hakkında bilgiler yer almaktadır.

4.1. NİTEL ARAŞTIRMA

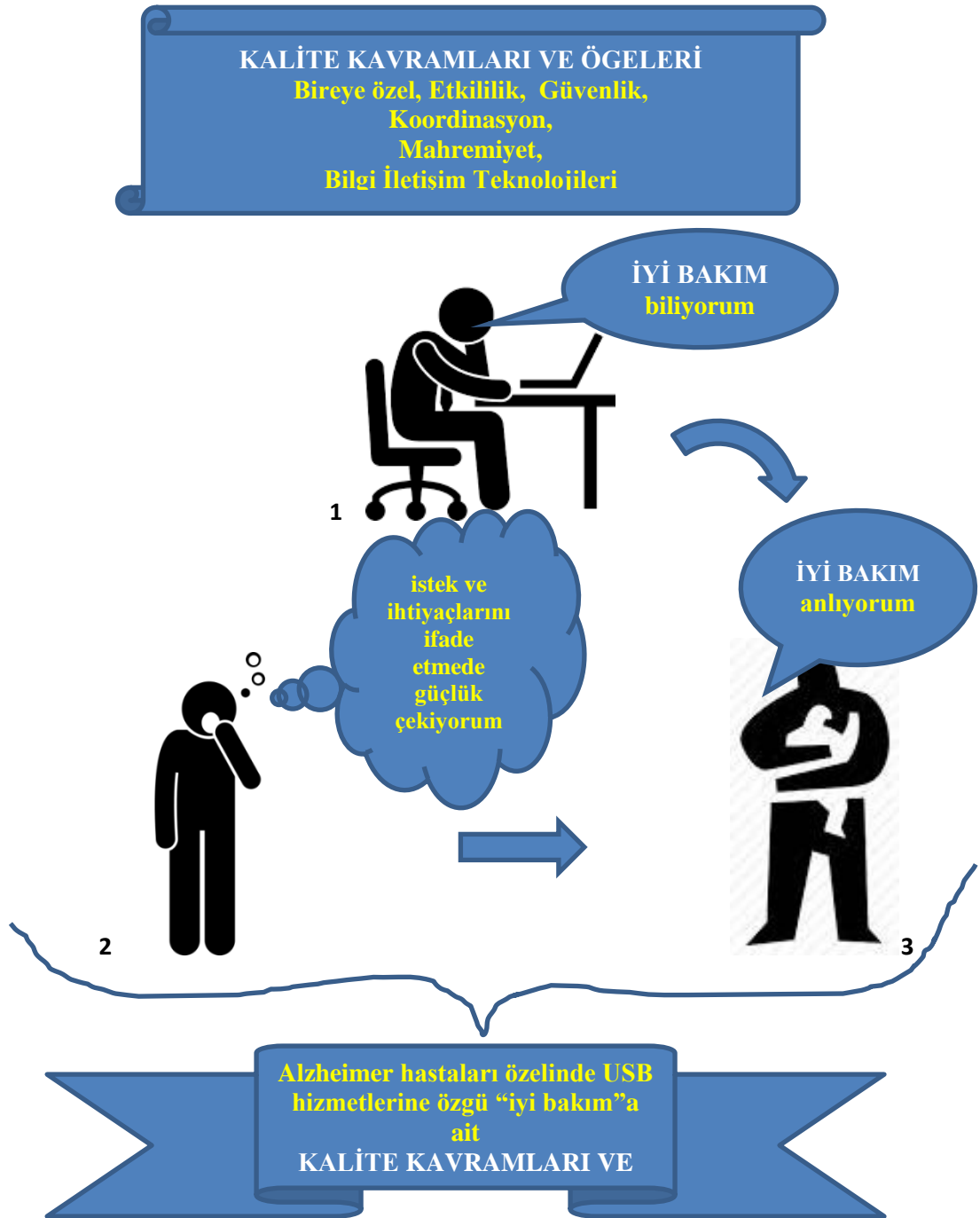
Mason nitel araştırmayı, basit ve kuralcı bir ilkeler setine indirgenemeyen ve büyük bir güce sahip pek çok gelenek ve disiplinden çok sayıda araştırmacının ilgisini çeken bir yöntem olarak tanımlamıştır (Sage-Mason, 2002). Bu nedenle araştırmacıyı kendi araştırma felsefesini tanımlamaya teşvik etmesi ve tutarlı uygulama esaslarına göre

araştırmayı yapmaya yönlendirmesi nedeniyle bu araştırmada Mason'un yaklaşımı hem araştırma tasarlanırken hem de yorumlanırken rehber olarak alınmıştır. Bu araştırmada, temel felsefesi olan Alzheimer hastalarının yaşam kalitesini için kaliteli bakım hizmeti gerekliliğine ilişkin yaklaşımla “iyi bakım” algısı öğrenilmek istenmiştir. Bu yaklaşım ile USB hizmetlerinde çalışan profesyonellerin ve hasta yakınlarının görüşlerini derlemek gerekliliği düşüncesinden yola çıkarak nitel araştırma yönteminin strateji ve teknikleri kullanılmıştır.

Araştırmada, nitel araştırmanın yorumlayıcı sosyal bilim yaklaşımı metodolojisi rehber alınmıştır. Weber'e göre bu metodolojide katı bir yorumcu tutum benimsemek yerine, yorumculuk ve pozitivism arasında bir orta yol bulmaya amaçlanmaktadır. Weber'e göre maddesel yaşamın analizi önemlidir, ancak insanların yaşamlarını anlayabilmek için yeterli değildir. Bunun yerine araştırmacı, insanların içinde yaşadıkları maddesel koşullar içinde şekillenen sosyal eylemi anlamak için çaba göstermelidir. Doğa bilimlerinde amaç, kanunlara benzer önermeler geliştirmektir. Sosyal bilimlerde ise amaç; öznel olarak anlamlı deneyimleri kavramaktır. Doğa bilimleri gibi sosyolojiyi “bilim” statüsüne sahip genelleştirici bir bilim olarak da kurmak isteyen Weber, araştırmalarda hem deneysel, hem nedensel, hem açıklayıcı, hem de nesnel bir bilgi etkinliği üzerinde durulması gerekliliğini ifade etmiştir (Weber, 1978). Yorumlayıcı sosyal bilim metodolojisinde, yaygın kanı ile bilim arasında kesin bir ayrım bulunmadığı öne sürülmüştür (Neuman, 2013). Bu yaklaşıma bağlı kalarak araştırmada, görüşme yapılan kişilerin tanımladığı kavramlar ile literatürde kaliteli bakımı tanımlayan kavramlar arasında benzerlikler ve farklılıklar tespit edilerek nedensel açıklamaya dayalı açıklamalar yapılmak istenmiştir.

Aynı zamanda araştırma, sosyal dünyanın nasıl yorumlandığı, anlaşıldığı, deneyimlendiği, üretildiği ya da oluştuğu ile ilgilenen bu teorinin yorumlayıcı felsefi yaklaşımına dayandırılmıştır. Araştırmada; ele alınan konunun karmaşıklığına bağlı olarak, ayrıntıların ve içeriğin anlaşılmasını sağlayan analiz, açıklama ve kanıt oluşturma yöntemleri (Mason, 2002) tercih edilmiştir. Araştırmada; Alzheimer hastalarının bakım verenlerin hissettikleri bakış açıları ve standart belirleyenlerin bakım

kalitesine yönelik algılarını kapsayan bütüncül bir yaklaşıma dayanılarak “iyi bakım”a özgün bilgi üretmek hedeflenmiştir.



1. Politika belirleyenler, BHKS belirleyenler, STK temsilcileri, Akademisyenler
2. Alzheimer Hastası
3. Formel/Enformel Bakım Verenler

Şekil 6. Bakım Verenlerin ve Kalite Standartları Belirleyenlerin Algısına Dayalı İyi Bakım Tanımına ilişkin tezin kurgusu

Şekil 6’da görüldüğü gibi araştırmada bakım verenlerin ve kalite standartları belirleyenlerin algısına dayalı iyi bakım tanımına ilişkin tezin kurgusu yapılmıştır. Araştırmada Alzheimer hastalığı özelinde; USB hizmetlerindeki kalitenin hizmet alanlar, hizmet verenler ve politika belirleyiciler tarafından nasıl algılandığının anlaşılmasına çalışılmıştır.

Bakım hizmetleri kalite standartları hazırlanırken kanıta dayalı bilgi kullanılmış ve uzmanların görüşlerine başvurulmuştur. Ancak aldıkları bakım hizmetine ilişkin memnuniyetini iletmede zorluk çeken Alzheimer hastaları gibi mental yetersizliği bulunanlar dikkate yeterince alınmamıştır. Bu nedenden dolayı inisiyatif olarak Alzheimer hastalarına bakım verenlerin (formel/enformel) “iyi bakım” algısına muhtaç olduğu düşünülmüştür. Bakım kalite standartları belirlenirken, USB hizmetlerinde en önemli halka olan profesyonellerin ve yakınların algılarının dikkate alınması ve standartların bunlara dayanılarak geliştirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu düşünceler dayanak alınarak araştırma tasarlanmıştır. Araştırmada, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini anlamak, deneyimlerinden yola çıkarak “iyi bakım” hizmetlerine ilişkin kalite algısını öğrenmek önemli görülmüştür. Bu nedenle yapılan nitel araştırmanın doğası gereği derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır.

4.2. ÖRNEKLEM

Araştırmada; derinlemesine görüşmeye katılımcılar, nitel araştırmalarda kullanılan örneklem belirleme çeşitlerinden amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Katılımcı olarak, Alzheimer hastalarına enformel/formel bakım hizmeti verenler ile AÇSHB’nin “Bakım Hizmetleri Kalite Standartları” çalışmalarına destek verenler arasından seçilen toplam 15 kişiye görüşme yapılmıştır. Bu kişilerin seçiminde BHKS çalışmasına katılmış olması aynı zamanda bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren bir profesyonel olmasına istenmiştir. Ayrıca yakını Alzheimer olanların tercih edilmiştir.

Tez tasarlanırken ilk olarak veri kaynaklarının neler olabileceği konusunda yapılan literatür araştırmasında, Mülga ASPB’in 2014 yılında yayınladığı “Bakım Hizmetleri Kalite Standartları” (BHKS) çalışmasına rastlanılmıştır. Araştırma kurgulanırken,

BHKS, Türkiye’de özgün yapılan bakıma ait ilk kalite çalışması olması münasebeti ile dikkate alınmıştır. “Bakım Hizmetleri Kalite Standartları”nı hazırlayanlar (politika belirleyen- yönetici, STK temsilcisi, akademisyen, sağlık profesyoneli vb) arasından 8 kişi seçilmiştir. Görüşmeler, bir ziyaret İstanbul’da olmak üzere Ankara’da yapılmıştır.

Aynı zamanda araştırmaya, Alzheimer hastalarının bakım sorumluluğunu üstlenen enformel (kızı, eşi, yakını, yabancı bakım elamanı vb.) ve formel (profesyonel bakım elemanı) bakım veren 7 kişi dahil edilmiştir. Formel bakım veren olarak; AÇSHB’ye bağlı huzurevlerinde çalışan bakım elemanları araştırmaya katılmıştır. Ayrıca Alzheimer hastalarına bakan diğer enformel bakım verenlere ulaşmak için Türkiye Alzheimer Derneği yöneticileri ile görüşülmüştür. Dernek genel merkezi, huzurevi bulunan tek şubenin Mersin Şubesi olmasından dolayı yönlendirmesi üzerine şube ziyaret edilmiştir. Mersin’de dernek üyesi bakım verenler ile görüşmeler yapılmıştır. Aynı zamanda araştırma amacına uygun olarak evde Alzheimer hastalarına bakım veren bazı kişiler, kişisel ilişkiler kullanılarak irtibata geçilmiş ve evde bakım veren bakım elemanı ile görüşmek üzere Uşak’a gidilmiş ve görüşme yapılmıştır. Araştırmada amaçlı örnekleme ile seçilen Alzheimer hastalığı kapsamında bakım veren kişiler ile yapılan görüşmelerde benzer konuların gündeme gelmesi nedeniyle, doygunluk noktasına ulaşıldığından görüşme sayısının 15 olması yeterli bulunmuştur.

Tablo 35. Amaçlı Örneklem Seçimi ve dikkat edilen konular

Örneklem seçimi	İyi bakım ile ilgili Konumu			Cinsiyeti	Kişi Sayısı
Enformel	Alzheimer hasta yakını			Kadın	2
				Erkek	1
Formel	Huzurevinde çalışan			Kadın	2
				Erkek	2
Toplam					7
BHKS belirleme çalışmalarına katılan	BHKS görevi	Meslekleri	Konumları/İşleri	Kadın	6
	Akademik Kurul üyeleri	Hekim	Üst Düzey Yönetici		
	Gözden geçirme grubu üyeleri	Sosyal Çalışmacı	Kurum Sahibi	Erkek	2
		Uzm. Fizyoterapist	Akademisyen		
		Uzm. Psikolog	Hasta yakını		
		Hemşire	Kurumda çalışan		
		Ekonomist			
Toplam					8
Genel Toplam					15

Tablo 35’de görüldüğü gibi araştırmada, amaçlı örneklem yöntemi ile formel ya da enformel bakım verenler ile standart belirleme çalışmalarına destek verenlerden seçilmiştir. Alzheimer hastalarına bakım hizmeti verirken inisiyatif almaları, sorumluluk taşımaları ve bakım hizmetinin ilk ve en önemli halkası olması nedeniyle iyi bakımı tanımlayacak grubun bakım verenler olduğu görülmüştür. Öte yandan yine AÇSHB tarafından çalışılan BHKS belirleme çalışmalarına katılan bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti veren ve/veya farklı düzeyde yöneticilik yapanlardan seçilen katılımcılar ile görüşme yapılmıştır. Hatta bu iki grupta yakını Alzheimer hastası olanlar ile görüşme yapılması tercih edilmiştir. Araştırmada, katılımcıların USB mevzuatı, finansmanı konusunda politika belirleme çalışmalarına katkıları bulunanlardan olmasına özen gösterilmiştir.

USB hizmetleri bireysel, sosyal ve kurumsal düzeyde verilmektedir. Bu çalışmanın amacı, bireysel düzeyde bakım verenlerin (formel ya da enformel) görüşleri, bakış açıları ve deneyimlerine odaklanmıştır. Bu nedenle sosyal ve kurumsal olan bakım hizmetlerinde karşılaşılan durumlar dışarıda bırakılmıştır. Örneklem seçiminde USB hizmetlerine ilişkin mevzuat, finansman konularında uzmanlar, yerel yönetim temsilcileri katılmamıştır. Çünkü tezde hizmet sunumuna ve kalite algısına odaklanılmıştır.

4.3. VERİ ÜRETME YÖNTEMİ - DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME

Tezde, bakım kalitesine ilişkin Alzheimer hastalığı özelinde ele alınmasının ve USB hizmetinde görev alan ve hasta yakınlarından seçilen katılımcıların algısına dayalı değerlendirmenin farklı bir bakış açısı yaratacağı düşüncesinden hareket edilmiştir. Bu nedenle kaliteli bakım verme sorumluluğu yüksek olan seçilen gruptakilerin “iyi bakım” algısının, çalışmada önemli düzeyde değer üstleneceği düşünülmüştür. Yapılan derinlemesine görüşmelerde bireylerin deneyim, düşünce ve duygularına dayanarak yaptıkları değerlendirmeler dinlenmiştir.

Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Görüşmeler kayda alınmış, kayıtların dokümü yapılmış ve görüşmelerden elde edilen veriler derlenmiştir. Görüşmelerde aynı konular

üzerinde konuşulduğu hissedildiğinde yeni katılımcılar aranmamıştır. Araştırmada, verilerin analizini yapmaya yetecek sayıda katılımcı bu şekilde belirlenmiştir. Seçilen örneklemden görüşmeyi kabul etmeyen olmamıştır. Görüşmeler, Mayıs - Kasım 2017 tarihleri arasında Ankara, Mersin, Uşak ve İstanbul illerinde 13 görüşme gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın seyrine uygun olarak görüşmelere devam edilmesi gerekliliğine ihtiyaç duyulması nedeniyle Ocak-Şubat 2018 tarihinde Ankara'da 2 görüşme daha yapılarak toplam 15 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerin süresi kırk beş dakika ile bir buçuk saat arasında değişiklik göstermiştir. Görüşmeler katılımcı ile yalnız yapılmış ve bazı görüşmelerde ise görüşme ortamının gereği, kesintiler yaşanmıştır. AÇSHB'na bağlı huzurevlerinde kayıta izin verilmediğinden dolayı kayıt yapılmamış, görüşmeler görüşme notları üzerinden değerlendirilmeler yapılmıştır.

Görüşmelerde, gözlem notları alınmıştır. Görüşme kaydı yapılan görüşmelerde, görüşme yapılan kişinin görüşlerine ait önemli görülen noktalar, görüşme ortamı, konuşulan yerin özellikleri, katılımcının tavrı, Alzheimer hastası ile olan sözsüz ilişkileri gibi konuları içeren gözlem notları tutulmuştur. Görüşmenin başlangıcında araştırmanın amacı açıklanmış ve katılımcının kısa kişisel bilgilerin alındığı sohbet yapılmıştır. Bu sohbet katılımcıların duygu, düşüncelerini anlamaya ve katılımcıları tanımaya olanak verecek uzunlukta olmuştur. Hemen sonrasında görüşme yönergesine uygun olarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşmelerde, daha önce hazırlanan görüşme yönergesi kullanılmıştır. Görüşme yönergesi, kalite kavramlarına ait hatırlatmalar ile "iyi bakım"a ilişkin düşüncelerini anlamayı hedefleyen sorulardan oluşturulmuştur. Yönergedeki hatırlatma ve sorularda bakım veren kişiyi etkilediği varsayılan Alzheimer hastası ile olan iletişimi, bakım süreci, çalışma koşulları, yaşadığı bakıma dair özel durumlar, hasta ve yakınları ile olan ilişkileri gibi konular önemszenmiştir. Kişiler duygu ve düşüncelerin paylaşımında açık olmaya davet edilmiştir. Tutarlı olarak yapılan hatırlatmalar ile görüşme derinleştirilmiştir. Görüşmede, görüşme yönergesine uygun yönlendirme yapılmış, bunun yanında kimi zaman görüşme akışına bırakılmış ve araştırma odağından, kalite kavramından ayrılmadan farklı bilgiler de yakalanmıştır. Görüşme yönergesi Ek-2'de verilmiştir.

Araştırmanın başında metafor analizi yapılmak istenmiştir. Katılımcıya yönergede yer alan metafor sorusu olarak “Kaliteli bakımı bir imgeye benzetmek isterseniz neye benzetirsiniz? Neden?” sorusu yöneltilmiştir. Ancak görüşmeler devam ederken bu yaklaşım ile özgün kavramlara ulaşmada güçlük çekildiği fark edilmiştir. Bu görüşmeler devam ederken analizi kolaylaştırmak için başka bir soruya daha ihtiyaç olduğu görülmüştür. Görüşmelerde elde edilen verilerin dışında veri üretebilmek için empati yaparak ve Alzheimer hastalığı özelinde “iyi bakım”a odaklanmayı sağlayacağı düşünülen bir soru daha eklenmiştir. Katılımcılara empati sorusu olarak “Siz bir Alzheimer hastası olsaydınız nasıl bir bakım isterdiniz?” sorusu yöneltilmiştir. Bu soru ile bakım verenlerin ve standart belirleyenlerin Alzheimer hastalığı özelinde empatiye dayalı olan kaliteli bakıma ilişkin duygu ve düşünceleri öğrenilmek istenmiştir.

Görüşmelerde görüşme yönergesi olmasına karşın, görüşme sırasındaki diyalogu soru-yanıt tarzından gerçekleştirmekten daha çok katılımcıların anlattıkları çerçevesinde, konunun anlaşılmasına dair esnek bir konuşma düzeni izlenmeye çalışılmıştır. Katılımcının bazen bir konuda uzun konuşması, diğer konuların ele alınmasını güçleştirse de, kişinin iç dünyasını ve o dünya içinde odaklandığı noktayı iyi anlamaya yol açtığı için bu durum olumlu olarak karşılanmıştır. Görüşmeler sırasında duygusal anlar yaşandı. Görüşülen katılımcılar konunun özelliğinden dolayı yaşadıkları deneyimleri aktardıktan sonra çoğu anlaşılma olmaktan duydukları memnuniyeti bildirerek görüşmelerini bitirmiştir.

Görüşmeler, katılımcının isteği dikkate alınarak önceden belirlenen saat ve mekânda yapılmıştır. Araştırmaya katılımcıların gönüllü olması esas alınmıştır. Görüşmeler başlamadan katılımcının istediğinde görüşmeye ara verebileceği, görüşmeyi durdurabileceği hatırlatılmıştır. Görüşme sonrasında bir sonraki görüşmeye geçilmeden önce ses kayıtları çözümlenmesi yapılmıştır. Bir sonraki görüşme, bu görüşmelerde paylaşılanlara dayanılarak hazırlanmıştır. Görüşmeler arasında geçen zamanda tamamlanmış görüşmelerin gözden geçirilip, değerlendirilmesi, bir görüşme sırasında gündeme gelmiş bir konunun, önemli görüldüğü takdirde, bir sonraki görüşmelerde de ele alınması gibi nitel araştırmalarda avantaj sayılan esneklik ile veri derlemesi zenginleştirilmiştir. Öte yandan, görüşülen yapılan kişilerin önemli bir bölümü ile

görüşme bittikten sonra da iletişimin sürmesi, kısmen de olsa yeniden görüşmelerin gerçekleştirilmesini ve görüşmelerin daha kolay anlamlandırılmasını sağlamıştır. Görüşmeler, on aylık bir zamana yayılarak tamamlanmıştır. Her bir görüşmeden sonra alınan notlar düzenlenip ayrı ayrı dosyalar olarak kayıt altına alınmıştır. Araştırmada görüşülen kişilerin isimleri gizlenmiş bunun yerine rumuz kullanılmıştır.

4.4. ETİK

Araştırmada görüşme öncesi katılımcılara etik kurallar hatırlatılmıştır. Görüşme öncesinde bilgilendirilmiş onam belgesine imza alınmıştır. Araştırma yaparken katılımcıların rahatça duygu ve düşüncelerini aktarması istenmiştir. Araştırmacı; bakıma ilişkin deneyimlerin etki etmesine izin vermeden aynı zamanda araştırmaya etki etmeyi en aza indiren bir yaklaşımla katılımcıların anlattıklarına müdahil olmadan ve olası önyargılara izin vermeden dinlemiştir.

Görüşmede etik ilkeler olarak;

1. Görüşmenin gönüllülük esasına dayalı olarak yapılacağı ve görüşmenin kayıt altına alınacağı, elde edilen düşünce ve yargıların tezde yer alacağı,
2. Kişisel irtibat bilgilerinin üçüncü bir kişi ile paylaşılmayacağı,
3. Görüşme zamanı ve yerinin bireyin tercihine bırakılacağı,
4. Görüşmenin kişinin tercihine göre istediği zaman bitirileceği,
5. Görüşme sonrasında kişi ister ise görüşmenin bir örneğinin kendisine ulaştırılacağı,
6. Verilerin başka bir amaç için kullanılmayacağı,
7. Görüşme süresi

içeren bilgi paylaşılmış, görüşme öncesi etik kurallar paylaşılmıştır. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan (Ek-4) ve huzurevinde formel bakım verenler ile görüşme yapılması için AÇSHB'den gerekli izinler (Ek-5) alınmıştır. Ayrıca görüşme yapılan katılımcılara **rumuz** belirlenmiş olup tezin içinde duygu ve düşüncelerinden alıntı yapılırken rumuzları kullanılmıştır.

4.5. ARAŞTIRMANIN ANALİZ YÖNTEMİ

Corbin ve Strauss nitel analizin her şeyden önce, verilerin içinde neler olup bittiğinin sezgisel bir anlamayı içerdiği, benliğe ve araştırma sürecine güvenildiğini, aynı zamanda yaratıcı ve esnek kalarak verileri aynı anda yakalama becerisi gerektirdiğini vurgulamıştır. Nitel analizin, araştırmacıların kendi yolunu hissetmek zorunda kaldığını ve yalnızca yaparak öğrendiği bir yol olduğunu söylemiştir. Nitel araştırma yapmak için bir çok neden olduğu ancak belki de en önemlisi bilinenden öteye geçme, katılımcının dünyasına girme, dünyayı onun bakış açısıyla görme ve bunu yaparken kendisine katkıda bulunacak keşifler yapma ve ampirik bilgiyi geliştirme arzusu olduğunu belirtmiştir. Bunun için nitel bir araştırma yapan araştırmacının meraklı, yaratıcı olması gerektiği ve içgüdülerine güvenmekten korkmaması gerektiği vurgulamıştır (Corbin ve Strauss, 2009).

Analiz ederken kendi deneyimlerine dayanmaktan, ‘nesnel’ düşüncelerini ve kişisel deneyimini kullanmanın tehlikelerini reddetmekten korkmadıklarını ve yayımlandıktan sonra bile, yeni bilgiler ile değiştirebildiğini belirtmiştir (Corbin ve Strauss, 2009). Bu nedenle tezin araştırma ve veri analizi her aşamada eleştirilere açık olarak geliştirilmiştir.

Maxwell, nitel araştırmanın, veri analizi kapsamında çözümlenmeden keşfedilenleri derleme ve yorumlama sonucunda elde edilenleri öğrenmek ve öğrenilenleri başkalarına öğretmek hedefini taşıdığını belirtmiştir (Maxwell, 1996). Bu amaçla yapılan veri indirgeme işlemi kapsamında sınıflandırma, kodlama, karşılaştırma, kuram geliştirme, ardıştırma ve olumsuz durum analizi yapma yöntemleri kullanılmaktadır (Hair ve diğerleri, 2008). Yapılan görüşmelerde ifade edilen duygu ve düşünceler veri indirgeme işlemi yapılmış ve kodlanmıştır. Elde edilen kodlar analiz sürecinde aralarındaki örüntüyü anlamak için arasındaki ilişkiye bakılmış ve araştırmacının öznel algısına dayalı olarak yorumlanmıştır.

Nitel araştırma analizi, Corbin tarafından dinamik bir süreç olarak tanımlanmıştır. Analistin, beyin fırtınası yapmak, farklı fikirleri denemek, bazılarını ortadan kaldırmak

ve herhangi bir sonuca varmadan önce başkalarını genişletmek zorunda kalabildiği vurgulanmıştır. Analiz bir heykeltıraşın çalışma biçimine benzetilmiş ve heykeltıraşın kullandığı malzemeyi inceleyerek, hayal gücünün serbest kalmasına izin verdiği sürece dikkat çekilmiştir. Heykeltıraşın hangi olasılıkların içinde ne olduğunu görmesi, heykelin hayali parçasının asıl biçimin vizyonuna ne kadar uyduğunu görmek için tekrar tekrar bakması gerekliliği vurgulanmıştır. Ortaya çıkan parça estetik olarak yerine oturmazsa sökülüp heykel parçası “evet oldu” diyene kadar sürecin tekrarlandığına dikkat çekilmiştir. Nitel araştırmada analiz süreci için de aynı şeyin geçerli olduğuna, veriden inşa edilebilen birçok farklı hikâye olduğuna, analistin kavramları kendisini ‘haklı’ hissedene kadar birçok denemeye ihtiyaç duyduğuna işaret edilmiştir. Analiz sürecinde araştırmanın veri analizi yapılırken, analizin sanattan bilime boyutsal olarak ne kadar değiştiğinin, araştırmacının disiplininin felsefesinin arka planı ve kullandığı nitel metoda bağlı olarak nasıl geliştiğinin görüldüğü ifade edilmiştir. Niteliksel araştırmada, laboratuvar bilimini kontrol etmediğini, nitel araştırmanın birçok farklı özelliğe sahip olduğu vurgulanmıştır. Bu özelliklere dayalı olarak analizin, bir sanat ve bilim karması olduğu ve analizin temelini de yorumlayıcı eylem ve kavramların oluşturduğu savunulmuştur (Corbin ve Strauss, 2009).

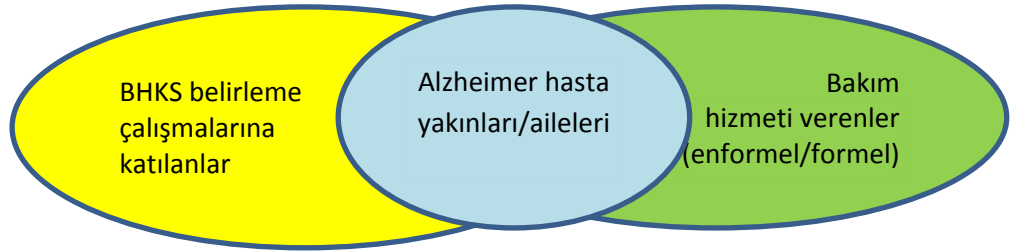
Araştırmanın amacına uygun veriler toplanırken eş zamanlı olarak verilerin analizi de gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte üretilen verilerden hangilerinin kullanılacağına karar verilerek yorumlanmıştır. Analiz sürecinde ham verilerin yer aldığı çözümlenmeler defalarca okunarak, veriler kavramsal kategorilere ayrılmış, kodlanmış ve sınıflandırılmıştır. Daha sonrasında kodlamalar arasında ilişki kurularak ortak kavramlara ulaşılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan bilgisayar programı Nvivo-11 analiz yapmak için denenmiş, ancak sanatsal yönüne uygun olarak kodlama ve kodlar arası ilişki manuel olarak yapılmıştır.

Çalışmada, “iyi bakım” algısını öğrenmek ve bakım kalitesinde bu algıya dikkat çekme amacı güdülmüştür. Bu nedenle genellenebilir kalite kavramlarına ulaşmak, buna ilişkin verileri toplamak veya şimdiye dek bakım hizmetlerinde kalite geliştirme alanında varılmış sonuçları bir anlamda yeniden sınamak **amaçlanmamıştır**. Bunun yerine daha dar bir alanda ve az sayıda katılımcı ile derinlemesine görüşmelerde bilgi edinme,

literatürdeki kalite kavramlarının görüşmelerde katılımcıların duygu ve düşüncelerinde ne kadar yer aldığı ya da örtüştüğü, Alzheimer hastalarının bakımına ilişkin özgün kavram ve yaklaşımların ne olduğuna ilişkin yaygın bir kanıya ulaşmak hedeflenmiştir. Analiz sürecinde, görüşmelerin özetleri yapılmıştır. Bu şekilde, görüşmeler sırasında ifade edilen bakım kalitesine ilişkin kavramlar kodlanmış ve ilgili olan ifadeler bu kodların altında değerlendirilmiştir. Görüşmelerin çözümlemeleri üzerinde yapılan çalışmada kalite algısına ilişkin elde edilen kavramlar, çağrıştıran paylaşımlar belirlenen kodların altına alınmıştır. Nitel araştırma, sayıca az olsa da gerçek öykülerden çıkarak birey bazında analiz yapma olanağına sahip bir yöntem olmasından dolayı araştırmada hem görüşmecinin her kavrama verdiği değeri görebilme, hem de bu kavramlar dışında kaliteli bakım algısına dayalı yeni kavramları ortaya çıkarma olanağı vermiştir.

Analizin ilk aşamasında görüşmecilerin görüşleri, kalite algısına dair genel bakış ele alınmıştır. Bakım verenlerin, kaliteli bakım hizmeti verirken nelere dikkat ettiği irdelenmiştir. Araştırmanın analiz sürecinin '**ilk aşama**'sında, görüşmede, katılımcıların iyi bakım algısına ait duygu ve düşünceleri kodlanmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak sadece kalite kavramlarını tanımlamak değil aynı zamanda bakım verenler ile standart belirleyenlerin algılarındaki farklılıklarda ortaya koymak olmuştur. Bu nedenle analiz bir ileri aşamaya daha taşınmıştır. Bu '**ikinci aşama**'da görüşmeleri değerlendirilen kişilerin konumlarının farklı olması münasebeti ile bakım verenler (huzurevinde çalışan formel bakım verenler, evde enformel bakım veren hastanın yakınları, evde ücret karşılığında çalışanlar) ve standart belirleme çalışmalarına katılanlar (yöneticiler, akademisyenler, meslek elemanları, STK temsilcileri) arasında "iyi bakım" algısına dair bir fark olup olmadığına bakılmıştır.



Şekil 7. Görüşme yapılanların gruplanması/kategorileri

BHKs belirlleme çalışmalarına katılan ve aynı zamanda enformel/formel bakım veren iki grupta yer alan Alzheimer hasta yakını olanlar ayrıca değerlendirilmiştir. Bu analizde yukarıdaki Şekil 7’de ele alındığı gibi 3 kriter/koşul/kategori olarak kabul edilmiş ve görüşmeler buna göre tekrar okunmuştur. Analizin ‘**üçüncü aşama**’sı olarak ise katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen duygu ve düşüncelerde, Alzheimer hastalığı özelinde kaliteli bakım algısında, tanımlanan özgün kalite kavramlarının olup olmadığına bakılmıştır. Özellikle metafor benzetmesi ve empati sorularından elde edilen görüşlere dayandırılarak özgün kavramların varlığı bulmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın sadece Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kaliteli bakım hizmetleri algısına dayalı olması ve mental sorunu bulunmayanlara bakım verenler ile kıyaslayacak bilginin olmayışı bir sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Diğer bakım ihtiyacı olan gruplar ile de benzer görüşmeler yapılarak, bu çalışmadaki görüşmelere benzer kalite kavramları üzerinden değerlendirilmesi, çalışmayı tamamlayıcı analizlerin yapılmasını sağlayabilir. Diğer gruplarla ilgili yapılacak çalışmalarda bakım alanların memnuniyetlerinin de araştırılması, hem mental sorunu olanların hem de mental sorunu olmayan gruptakilerin “iyi bakım”a ilişkin kalite kavramları arasındaki farklılıkları bize yansıtılabilir. Bu alanda yapılacak farklı hastalıklarda verilen bakımların kalitesine ilişkin kavramların ortaya konmasına yönelik nitel araştırmalar, bakım sürecinin boyutlarının farklılıklarının meydana çıkmasını sağlayabilir. Bu durumlar tezin kısıtlılığı olarak görülmüştür.

Tezin nitel araştırma yöntemi kullanılarak yapılması “iyi bakım” algısına ilişkin sentez yapmaya olanak sağlamış olup ve derinlemesine görüşmelerde duygu ve düşünceleri

anlaşılmasında önemli bir katkı vermiştir. USB alanında, yaşam kalitesinin ölçülmesine yönelik yapılan nicel araştırmalar değerini korumaktadır. Ancak nitel çalışmanın verdiği esneklik ve kişilerin bakış açılarını değerlendirilmesine olanak veren yapısı algının öğrenilmesinde avantaj sağlamıştır. Araştırma, bakımın kalitesini USB hizmet bütünlüğü ile birlikte irdelemeye ve bütüncül bakışa olanak vermiştir. Nitel araştırmayı yaparken görüşmelerde aktarılan duygu ve düşünceleri layıkı ile derlemek güçlüğü ve sorumluluğu bir zorluk olmasına rağmen iyi bakım tanımını yapabilme ve algıyı öğrenebilmeyi kolaylaştırmıştır.

V. BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada, Alzheimer hastalığı özelinde bakım verenlerin ve BHKS (Bakım Hizmetleri Kalite Standartları) belirleme çalışmalarına katılanların kalite algısına ilişkin olarak **hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik, koordinasyon, mahremiyet, bakım verenin tutumu, değerler, iletişim, inisiyatif kullanma, sorumluluk alma, özveride bulunma, sakinleştirme, ikna etme, empati kurma gibi** kalite kavramları ve öğeleri bulunmuştur. Ayrıca bulgularda, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin hizmet kalitesinin artırılmasına ilişkin önerilerin yanısıra **bakımda bilgi iletişim teknolojileri kullanımı ve tükenmişlik / çaresizlik** konularının da dikkate alınması gereği görülmüştür. Ayrıca standart belirleme çalışmasına katılanlar ve bakım hizmeti verenlerden oluşan iki grup katılımcıların iyi bakıma dair algılarında, kalite anlayışları arasındaki benzerlikler ve farklılıklar olduğu bulunmuştur.

5.1. KALİTE ALGISI

Bu bölümde, derinlemesine görüşmelerde elde edilen çözümlenmeler incelenmiş ve kaliteye ilişkin kavramlar kodlanmıştır. Kodlanan kavramlar ve öğeler Alzheimer hastalarına bakım verenler ve standart belirleme çalışmalarına katılanların algıladıkları iyi bakıma ait olup aşağıda sıralanmıştır.

Hasta Değerlerine Saygı / Memnuniyet

Görüşmelerde hasta değerlerine saygı kavramı anımsatan paylaşımların geniş bir yelpazede olduğu görülmüştür. Hastaların değerlerine saygı; beklenti ve isteklerinin karşılanması, **özel beklentilerin yerine getirilmesi ve bakımın yeterliliği** ile ilişkilendirilmiştir. Bu konuda Alzheimer hastalarının isteklerinin ve beklentilerinin oldukça farklı olduğu görülmüştür. Bakım standartlarını belirleyen hem de Alzheimer hastasına bakım veren ve psikolog olan Beyaz, Alzheimer hastası olan annesinin daha önceki yaşantısından kalan alışkanlıkları nedeni ile babasından hiç ayrılmadığı ve bu nedenle uyurken bile onunla uykuya daldığını ifade etmiştir. Böylesine özel bir isteğin bile hastanın yaşam kalitesi için önemli olduğuna dikkat çekmiştir.

Bu özel beklenti olarak özgürlüklerin sağlanmasının da hasta değerlerine saygı kapsamında ele alındığı görülmüştür. Uluslararası alanda Alzheimer hastalarına bakım konusunda proje ve araştırmalar yürüten Kale; Alzheimer hastasının özgürlüğünü kısıtlamadan yaşamını sürdürmesine ilişkin önlemler alınmasının hasta değerlerine saygı kavramı çerçevesinde ele almış ve önemini vurgulamıştır.

Alzheimer hastası için **kabul edilebilir, insancıl ve saygılı bakım için** yemek yeme, açık havaya çıkma, dışarıda gezmenin önemli olduğundan dolayı “hasta değerlerine saygı” kalite kavramının altında kodlanmıştır. Katılımcılar, bakımı planlarken bireysel yaşamışlıkları göz önüne alan bir yaklaşımla bireysel farklılıklar gözeterek aile ilişkilerine uygun bakımın planlanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu konuda akademisyen ve aynı zamanda enformel bakım veren olan Dengeli; Alzheimer hastasının farklı deneyimleri, yaşı, genetiği, eğitim durumu, yaşadığı hayatı, kısacası çocukluktan başlayan bir sürece uygun bireysel bakımın organize edilmesi ve böylece insancıl bir bakım planının sağlanması gerektiğini ifade etmiştir. Dengeli; bireysel bakım planlamasının ‘ona özel olması’ni savunmuş ve “...(Alzheimer hastasının) bilgi dağarcığının ne kadar yüklü veya az yüklü olduğuna da bakmak, bunu çok iyi anlamak lazım...” şeklinde bu konunun önemini vurgulamıştır. Kale de benzer bir vurgu yaparak özellikle “...onun o özelliklerini bilip ona göre çevresini hazırlamak, ortamını hazırlamak...” gerektiğini ifade etmiştir. Bakım merkezi yöneticisi ve standart belirleme çalışmalarına katılan Tokatlı’nın paylaştığı hikâye çarpıcı bulunmuştur ve;

“...Mesela geçen bir Alzheimer hastası geldi yeni, o kadar çok bağıyor ki... Durmak mümkün değil ama neden biliyor musunuz her gün o akşama doğru o saatlerde eve geç kalırsa kocası dövermiş... Yaşamışlık... Bu Alzheimer hastalarında öykü çok önemli... Önlemek lazım vaktinde o yüzden de tanımak gerekli işte...” demiştir.

Bakım alanının **memnuniyet ve görüşlerini bildirilmesi** Alzheimer hastaları için mümkün olmaması ve aynı zamanda istek, ihtiyaçlarını ifade etmekte güçlük çekmelerinden dolayı onlar adına konuşan katılımcılar, ortak görüş olarak Alzheimer hastalarının kendilerine has bir yaklaşımla duygu ve düşüncelerini ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Hatta formel bakım veren ve aynı zamanda kayınvalidesine bakan Çalışkan; “...yüzümün güldüğü-yüzünü güldüren bakım...” şeklinde tariflediği iyi

bakımı, hem kendinin hem de bakım hizmeti alanın memnuniyeti olarak ifade etmiştir. Hatta memnuniyetin sağlanması amacının dışında iyi bakımın sağlanmasında diğer önemli konunun Alzheimer hastasının ajitasyon ve krizlerini önleyen, kişinin takıntılarını azaltan özel yaklaşımların olması gerekliliği olduğu vurgulamıştır.

Etkililik

Bakımda etkililik, **bakımın uygunluğu ve bakım verenin yeterliliği** olarak iki anlamda ele alınmıştır. Katılımcılar bakımın uygunluğunu; hasta **refahını en üstün hale getirme, arzulanan amaçlara ulaşmayı sağlama ve arzu edilmeyen sonuçlardan kaçınma** olarak tariflediği görülmüştür. Etkili bakımın Alzheimer hastalarının yaşam kalitesini artırmada önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu bakış açısıyla bakımın uygunluğu hizmet alanın ilaç kullanımının takibi, hastaneye gidişlerin azaltılması, vital bulguların takibinden (“...terlemesinden anlıyorum...” vb.) zamanında bakımın yapılmasına (altın temizlenmesi, pişik-yatak yarasının önlenmesi vb.) kadar farklı konuları içerdiği ifade edilmiştir. Karısına bakım veren Vefalı “...bilgisiz yaklaştığınız zaman hastaya zarar da verebilirsiniz...” uyarısını yapmıştır.

Etkili bakım kavramı, sağlık ve günlük yaşam aktivite ihtiyaçlarını karşılayan uygun hizmetin verilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda akademisyen olan ve enformel bakım veren Dengeli, bakımın bir parçası olarak gördüğü sağlık hizmetlerindeki profesyonellerin yaklaşımın önemli olduğunu, teşhis döneminde yaşananların bakımın sürecini yönlendirdiğini, hem bakım vereni hem de Alzheimer hastasını etkilediğini vurgulamıştır. Dengeli; “...ya bir de artık bu hastalara gözden çıkmış muamelesi yapıp, beni de ilaçla falan avutup... Ben de artık bir daha doktora falan götürmüyorum...” şeklinde bir çıkış yapmıştır. Paylaştığı hikâyesinde sağlık ve bakım hizmetlerinin iç içe olmasına dem vurarak özellikle hastalığın teşhis döneminde yaşadığı olumsuzluklara dair duygu ve düşüncelerini paylaşmış ve

“...işin uzmanı olduğunu düşündüğümüz kişi bile siz bana bunu demans diyemem... Şimdi görüşmeden sonra, peki sizce bir değişiklik var mı? Evet, doktor bey var bir değişiklik... Ama şimdi onun yanında da... Şimdi utantıyordu... Benim olmamı istemedi... Ben zorla girdim... Mesela doktor dedi... Tabii ben yanında çok konuşamıyorum... Ama evet değişiklik var diyorum... Kan tahlili yapıp, ben demans diyemem deyip... Tıp da beni aldattı... Ben beş ay kaybettim ve beş ay sonra nihayet zorla ben kendim tek başıma gidip... Yahu doktor bey... Burada bayağı ciddi bir problem var... bir MR

çektirelim... Sonra haa çektirelim dedi... İki ay randevu bekledik falan... MR'ı görünce de bu sefer aa bu bayağı büzüşmüş beyin... E yani beş ay önce neden bunu yaptırmadın sen bize... Hem de... Acil MR deseydi... Ben özelde de çektirirdim mesela... Hani çok önem vermediği için, biz de doktora inandığımız için kaldı... Peki, şey yaptı sonra bize söylediği valla bu konu ilerleyecek çok kötülere hazır olun... Nasıl bir şeye hazır olmam lazım doktor bey dedim... Valla dedi, işte dedi, peşinize bıçak alır kovalar dedi, paramı çalmışsınız der dedi... Bir de böyle korkutarak hani... Doktor böyle mi yanaşmalı bana? Bunu mu söylemeli? Önce bir defa nasıl davranacağım, bu nasıl bir hastalıktır beni biraz eğitmesi lazım...

... Ben bunu keşfedince bir gariplik var diyorum... Anladım ve ondan sonra seksüel şeyler yavaş yavaş artmıştı... Şimdi bitti o işler... Ama ilk başlarda seksüel şeyler artıyor... Onun için de kadın bakıcı yüzünden epey bir korktum... Ha ilk başlarda bizim kadına şey demiş... Senin kocan var mı? Sen kocanla ne yapıyorsun? Benimle evlen... Falan demeye başlamış... Kadın bana söyledi bana böyle dedi diye... Hani bu Ali Bey'in hiç olmadığı bir davranış... Böyle bir davranışı olmayan insandı..."

... Ama ben Alzheimer olur da saçma sapan şeyler söylersem ne olur buna engel olun demek isterim yani... Çünkü şey ne yapacağı belli değil... Sokağa çıkıyor... İşte kandırmışlar yani... Tam emekli olunca başlamış bu... Biz daha keşfetmeden... Bütün emekli ikramiyesi gitmiş...

...İşte bunu ben hafta sonları arkadaşlarla şeye gidiyorum gezmeye gidiyorum... Eee git diyorum ben de... Zaten işim var... Eee git hani... Güzel diyorum hani... Şimdi emekli olunca hep suçluluk duydum... Yahu dedim adamcağıza ben çalışıyorum bu adam da emekli yazık... Yani onunla hani beraber bir şey yapamıyorum falan... O tek kaldı dedim... Suçluluk duyuyorum onun için... Her hafta sonu götürdüklerinde bir imza attırmışlar buna saçma sapan... Yedi tane devre mülk satmışlar..."

şeklinde bu durumu uzunca anlatmıştır.

Etkili bakımda **hizmet verenlerin yeterliliği önemli bir yer tutmakta, sağlık ve bakım hizmeti verenlerin eğitimi, profesyonelleşme düzeyi, değerlendirme, tedavi ve iletişim yeteneği** önemli olduğu vurgulanmaktadır. Karısına bakım veren Vefalı eşi için huzurevinde aldığı hizmeti tarif ederken “... psikoloğu var, doktor var, psikiyatristi var, fizyoterapisti var, bunlar çok gereken şeyler... Benim eşimle ilgili bir tane hemşire vardı, ve diğerleri,hasta bakıcı idi...” şeklinde bu durumdan memnun olduğu ifade etmiş ve kurumsal bakım hizmet verenlerin profesyonelliğinin ve yeterliliğinin önemli olduğundan bahsetmiştir. Vefalı; “...elaman kalitesi yükseldiği zaman hizmet de artar...” şeklinde insan gücünün kaliteye olan etkisini ifade etmiştir. Standart belirleyen ve fizyoterapist olan Harley ise personelin sadece bir alana değil hizmet verdiği kişiye

daha çok yönlü değerlendirmesi gerektiğini belirtmiş ve “...mesleki çalışmaları da olması gerekiyor... Sadece (kişinin) hastalandığı süreçte tedavide katkısı varmış gibi oluyor... Ama hastalanmadan, aktif yaşlanması için de birçok katkısı olmak zorunda...” demiştir. Standart belirleme çalışmalarına katılan ve üst düzey yönetici olan İstanbul; “...sadece yararlanıcı kişinin bilgilenmesi değil... Ona (bakım hizmeti verene) söyleyebiliriz... Ne içecek? Ne yiyecek? Nasıl davranacak? Nasıl kalkacak? Falan bunları verebiliriz...” önerisinde bulunmuştur.

Katılımcılardan BHKS belirleme çalışmalarına katılan hemşire Titiz ise bakım elemanlarına ilişkin değerlendirme yaparken; “...bilgiyi birbirine aktarırken, hastayı gözlerken, olaya teknik bakma alanında ise çok zayıflar...” şeklinde tespitte bulunmuştur. Aynı zamanda Titiz, personelin istek ve ihtiyaçları için dilek ve öneri kutusu koyduğunu, onları motive etmeye çalıştığından bahsetmiştir. Yöneticisi olduğu kurumda Alzheimer hastasına nasıl davranacakları konusunda birçok eğitim verdiğini, personeli iyi tanımak ve özelliklerini iyi belirlemek için çaba harcadığını ifade etmiştir.

Katılımcılardan enformel bakım veren Sessiz annesine bakım verirken; “...bazılarını yaşadıkça öğrendim, yaşaya yaşaya insan ne yapması gerektiğini öğreniyor...” şeklinde bilgi ve deneyim edinmesinin öneminden bahsetmiştir.

Güvenlik

Güvenlik; istemeyerek yapılan olaylardan bakım alanı koruma ile çalışanın güvenliği olarak iki grupta tanımlanmaktadır. Katılımcılar ile yapılan görüşmede iyi bakıma ilişkin algıda, güvenlik kavramının yanında bireylerin ‘güven’ kavramını da önemseddiği görülmüştür.

Alzheimer hastalarının, güvenlik kavramları olarak bireylerin **düşme, kaybolma, ev kazaları (elektrik çarpması, kesici delici aletleri kullanma, temizlik malzemesi yeme vb.) gibi riskler ve** konuları gündeme gelmiştir. Enformel bakım veren Vefalı karısını daha güvenli olduğu için bakımevine getirdiğini ifade etmiş ve “...bir hastanın düşmesi veya kaybolması (burada) mümkün değil... Çünkü kapısı kilitli, asansör kullanıyoruz... Koridorun hepsi sürgülü ağır cam...” diyerek kurumda alınan güvenlik

önlemlerine dikkat çekmiştir. Vefalı, Alzheimer hastası yaşlının kendi odasından çıkıp, başka alanlara tehlike arz etmeden gidip dönmesi ve odasındaki yataktan masasına, sandalyesine, zeminin kayganlığına dikkat etmek gerektiği vurgu yapmıştır.

Bir başka açıdan ele alan akademisyen enformel bakım veren Dengeli; **bakım hizmeti verirken nazik ve dikkatli olunması** gerektiğini savunmuş ve “...kolundan tutarsan... her an her şeyi kırılabilir... o kadar zayıf ki kemikleri, derisi, zaten sürekli kolu morarıyordu...” şeklinde yaşlıların kolaylıkla incinebildiğini ifade etmiştir. Aynı zamanda ilaçların verilmesinde de güvenliğin önemli olduğunu vurgulayan Dengeli evde formel bakımverenle yaşadıkları buna ilişkin durumu şu şekilde ifade etmiş; “...kendisi Gürcüce yazıyordu... Şimdi isimleri var... Ama hangi renk diyor bana... İyi de... Kendine benzeyen iki renk var mesela... Kırmızıyı pembe görüyor ve kaç defa yanlış ilaç verdi... Ama sen öyle dedim... Ben ismini bilmiyorum ki...” şeklinde ilaç güvenliğini sağlamada yaşadığı güçlük konusunda deneyimini paylaşmıştır.

Standart belirleme çalışmalarına katılan hemşire Titiz kurumsal olarak bakım verilen yerlerde; “...yaşlı yakınının ilk kapıdan girdiği andan itibaren, ex olduktan sonra cenazesi bile çıkar iken, ölüm anındaki güvenliği bile önemli...” olduğunu ifade etmiş ve kurumda çalışanın güvenliğini de kurum olarak korumak zorunda olduklarını eklemiştir. Uluslararası Alzheimer konusunda araştırma ve projeler yapan Kale ise güvenlik ile özgürlük arasındaki ikilemden söz etmiş ve

“...kalite ve güvenlik... Her zaman dengeleyici bir şey olacaktır. Ancak eğer gerçekten odağı emniyete alırsanız, yaşam kalitesini arttıracaksınız... Çünkü insanları kilitleyeceksiniz, pencereleri kapayacaksınız, kapıları kapayacaksınız vb... Güvenlik nedeniyle... Ama bu hayat değil? Yaşamak risklidir ve riskin çok önemli olduğunu öğrendim özellikle de bu alanda... Alzheimer hastalarını kilitli tutmamalısınız... Onlara biraz özgürlük vermeniz gerekir ve bu da risklidir... Profesyonel bir bakıcı olarak da hasta ailelerinin bazı abartı tepkileriyle başa çıkmak durumundasınız... Aaaaa bu olmaz bu tehlikeli vb. gibi ama biz bu diyalogu yapmak zorundayız... Bu tartışmaları göz önünde bulundurmalıyız...” demiştir.

Güvenlik kavramını kapsamında **bakım hizmeti alan bireylerin ihmal ve istismardan korunmasına** dikkat çekilmiştir. Standart belirleme çalışmalarına katılan fizyoterapist Harley; “...sadece sağlıklı olanın, hizmet sunanın hizmet alana, ya da yakınlarının ona istismarı olmuyor ki, kendi akranlarının da ona istismarı oluyor...” şeklinde istismarın

çok çeşitli olduğunu vurgu yapmıştır. Harley, bakım hizmeti alanlar kadar bakım verenlerin de güvenlikleri konusunda benzer zorlukları olduğunu ifade etmiş ve kurumlarda formel bakım verenlerin istismar yapmakla suçlandığı, bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskinin bulunduğu, kimi zaman yaşlıdan şiddet (fiziksel, psikolojik vb.) gördüğüne ve bu gibi nahoş durumların yaşandığına dikkat çekmiştir. Titiz ise huzurevinde çalışırken bakım alan kadar çalışanın da güvenliğinin risk altında olduğunu şu şekilde ifade etmiş ve

“...kapıdan giren insan kim? Ne amaçla geldi? Geldikten sonra kurum içerisinde gözetiliyor mu? Denetiliyor mu ne yapılıyor? Kaldı ki süreç içerisinde yaşlıya ne kadar zarar veriyor? Vermiyor mu? Ya da izne gönderdiğiniz yaşlı, siz gönderiyorsunuz geliyor birisi alıp götürüyor... Giderken gelirken muayenelerini yapmanız lazım... Gelen kişiyle birebir iletişim kurmanız gerekiyor... Çünkü eve gittikten sonra istismarlar olabilir... Onu tespit etmediğinizde, her aldığı anda her defasında aynı şeyler tekrar edebilir... eeee bu da büyük bir zarar... Kapıdan girmesi ile buradan çıkması arasından süre, çıktıktan sonraki güvenlik bile çok önemli... Yani her yaşlı, her kişiye teslim edilmemeli... Ya da herkes ziyaret etmemeli ya da her ziyaret edenin bir kontrolü yapılmalı... Birebir evet özel bir görüşme isteyebilir ama burası sonuçta yaşlının evi, kuruluş yani resmi bir yer... Görüşme yapılırken de rahatsız etmeyecek bir şekilde de uzaktan gözlem yapılarak o insanlar takip edilmeli...”

...hani çalışanın güvenliğini de kurum olarak korumak zorundalar... Bu da çok önemli... eee çünkü olabiliyor... Yani HIV’li bir yaşlı ya da Hepatit’li bir yaşlıya... Kişi bunu bilmezse, bilgilendirilmezse, nasıl davranacağını bilmezse ve siz ona söylememişseniz, anlatmamışsanız o zaman güvenlik ortadan kalkıyor... Bu sefer çalışana zarar doğuyor... Atıyorum maskesini takmadan öksüren yaşlıya hizmet ediyorsa ve o mikrobu kaptıysa siz gene çalışanın güvenliğini korumamış oluyorsunuz... Hizmet verenin de alanın da güvenliğini kuruluş korumak zorunda yani iki tarafı da korumak zorunda... Evet, yaşlı hizmeti diyoruz da hizmet ederken de özellikle kendimizi korumamız lazım...” demiştir.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin güvenlik kavramı yanında **güven ve emanet** kelimesinin de yer bulduğu görülmüştür. Hatta güvenin bakım alan ile çalışanın, çalışan ile hasta yakınının, bakım alan ile hasta yakınının arasında “GÜVEN DÖNGÜSÜ” olduğundan bahsedilmiştir. Huzurevinde formel bakım veren Sanatçı güvenmenin Alzheimer hastasında önemli olduğunu vurgulamış ve “...size güvenmezse hiçbir işini yaptırmıyorlar... Odada bir abimiz var işte... O (istemediği bakım veren) bir ihtiyaç sorduğu zaman, onu (istediği bakım vereni) kovalıyor... Çünkü sevmiyor, güvenmiyor ona (istemediği bakım veren)... Hadi gel seni bahçeye çıkartayım... Kabul etmedi... Ben

sana güvenemem dedi... eee çünkü tanımıyor yani... Bakım işte banyosu yemeği vs... onun dışında onlarla olan iletişiminiz de ona vermiş olduğunuz güven...” şeklinde karşılıklı güven ile iyi bakım yaptıklarını ifade etmiştir. Üst düzey yönetici İstanbul ise “...Alzheimer bakımında veya bir başka bakımda aslında güven diye ifade edilmiş. O yüzden kendini güvende hissetmeyen bir kişinin zaten hani o bakımdan o hizmetten yararlanması mümkün değil...” şeklinde özetlemiştir. Alzheimer hastası bakım verenin kendisine güven duyduğunda kimi zaman rahatsız olduğunu ifade eden yabancı bakım veren Kadın, bir zaman sonra memleketine dönmek durumunda kalacağını bu nedenle başka bakım verene de o güveni duymasın için çaba harcadığını ifade etmiştir.

Koordinasyon

Koordinasyon; **sağlık ve bakım hizmetlerinin zamanında, devamlı ve entegrasyon içinde sunulması** olarak tanımlanmıştır. Koordinasyon; Alzheimer hastalarına verilen **tedavi, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinin devamlı ve uyum içinde verilmesi** olarak ele alınmıştır. Standart belirleme çalışmalarına katılan ve hemşire olan Titiz; Alzheimer hastalarının durumlarındaki değişikliğine bağlı olarak “...ilgili doktorlarla karşılıklı iletişim halinde de verme yolunu tartışıp ona göre ilaç vermeye çalışıyoruz. Bakımlarını ona göre yapıyoruz...” açıklamasında bulunmuştur.

Araştırmada sadece **multidisipliner sağlık profesyonelleri arasında değil, bakım verenler ve yakınları ile de gelişmelerin paylaşıldığı** ifade edilmiştir. Standart çalışmasına katılan ve huzurevinde çalışan Harley;

“...yakınlarının çok fazla müdahalesi, sakinlerin kafasını çok karıştıran bi şey... Biz ona zarar veriyoz aslında... Çünkü ben hani fizyoterapist olarak, farklı görüyorum, ya da sosyal çalışmacı, psikolog farklı şekilde yaklaşılması gerektiğini düşünüyö... Ama yakını da diyo ki ben de doktorum... Bu şekilde yaklaşıyorum... Doğrusu budur... Deyip eleştirip siz onları dinleme beni dinle diyo... O zaman kurum bakımında olmasının hiçbir anlamı yok, kimse ona faydalı olamıyor...”

diyerek koordinasyonun bakım veren, bakım profesyonelleri ve aile arasında sağlanmasında zaman zaman sıkıntı yaşandığını belirtmiştir.

Ayrıca koordinasyonun kurumda bakım verenler arasında, vardiya geçişinde yapıldığı hatta bu sorumluluğa eve gittiğinde de bakım verenlerce devam edildiği ifade edilmiştir.

Hemşire olan Titiz; “...nöbet değişimi yaptıktan sonra arkadaş tam anlatabildi mi? Veya yanlış bir şey yaptıktan sonra düşünüp geri telefon ettiğimiz bile oluyor yani...” diyerek bakım sürecinden kopmadıklarını vurgulamıştır. Aynı zamanda evde bakım verenlerin de yakınları ya da sorumluluk paylaşımları ile bu paylaşımı yapıldığı görülmüştür.

Bakım hizmetinde **devamlılık, kurumsal ve diğer bakım modelleri arasında geçişin sağlanması** açısından ele alındığında enformel bakım veren psikolog Beyaz; bu kavramların çerçevesinde bakım hizmeti ile birden fazla kuruluşun ilgilenmesinin ve SB-AÇSHB-Yerel Yönetimler arasında işbirliğinin kurulması gerektiğini ifade etmiştir. Bakım hizmetlerinde **entegrasyon** ile **sağlık-sosyal bakım arasında uyum** yakalanması dile getirilmiştir. Bu konuda uluslararası Alzheimer hastalarının bakımı konusunda çalışmalara katılan Kale, Alzheimer hastasının çevresinde birden fazla kişi olmalı önerisinde bulunmuştur. Katılımcıların genel ifadelerine dayanılarak bakımın ilk halkasının bakım veren üzerinden olduğu ve en önemli çoklu düzeyde koordinasyonun sağlık/sosyal bakım arasında sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu koordinasyonun bakım verenlerin arasında, sağlık hizmeti verenlerin kendi arasında, sağlık ile bakım hizmeti verenler arasında, evde bakım ile sağlık hizmetleri arasında, evde bakım ile temizlik hizmeti arasında olması gerektiği ifade edilmiştir.

Mahremiyet

Görüşmelerde katılımcıların **mahremiyet kavramını beden, düşünce ve bireyin yaşanmışlıkları ile ilişkili olarak birden fazla boyutta ele aldığı ve önemli olduğuna** vurgu yapılmıştır. Mahremiyet; banyo, tuvalet, giyinme, soyunma gibi günlük yaşam aktiviteleri desteklenmesi, bireylere ait bilgilerin üçüncü kişiler ile paylaşılmaması, gizliliğin korunması şeklinde tanımlanmıştır. Katılımcılardan bir kısmı mahremiyetin korunmasının, vücut temizliği yapılırken bakım veren ile bakım alan arasında önemli olmadığı ancak üçüncü kişiler söz konusu olduğunda gizliliğin sağlanmasına dikkat edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Kurumsal bakım merkezlerinde banyo yaptıranların hep aynı kişilerin olmasının sağlanmasının bakım alan tarafından daha iyi karşılandığı savunulmuştur. Yapılan vücut temizliğinin hastanın mahremiyetine özen gösterilerek en

kısa zamanda tamamlanması gerektiği ifade edilmiştir. Bu konuda annesine bakım veren Sessiz düşüncelerini şu şekilde paylaşmış ve

...banyo türü olayları da zaten şu an istesem de yapmaz başkasıyla... Utanıyor..."

"...tuvalete, banyoya götüreyim... Belden aşağısını bir yıkayayım... Edeyim... Yürüyemiyor... Eee öyle olunca eşimin yanında (kilotunu) çıkardım... Kâğıt mendille sildim her yerini, giydirdim. O sırada o durumdayken utanmıyor çünkü bir felçli gibi... Ama diğer akli daha yerindeyken haliyle rahatsız oluyor..."

demiştir. Bakım hizmeti alanın konuşmaları, **yaşadıkları üçüncü kişiler ile paylaşım yapılırken mahremiyetin önemszenmesi** gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda birçok katılımcı tarafından yaşam alanlarının ihmal ve tehlikelere karşı önlem alınması amacıyla kamera ile izlem yapılmasının mahremiyete zarar verdiği ifade edilmiştir.

Öte yandan mahremiyetin önemsiz olduğunu belirten Alzheimer alanında uluslararası çalışmalara katılan ve Avusturya'da yaşayan Kale, Alzheimer hastalarının algılamadıklarını bu nedenle mahremiyete dikkat edilmesi konusunda titiz olunması gerekmediğini savunmuştur. Buna benzer bir yaklaşımı bakımevinde çalışan erkek formel bakım veren Sanatçı göstermiş ve bakım veren ile bakım alan arasında mahremiyetin önemsiz olduğunu ifade etmiştir. Akademisyen olan ve eşine bakan Dengeli ise hastalığın aşamalarına göre mahremiyetin önemli olduğunu hastanın önce çekingenlik yaşadığını sonrasında ise bu durumu ayırt etmediğini savunmuştur.

Bunların dışında psikolog olan Beyaz, farklı olarak Alzheimer **hastalarının önceki yaşantılarında mahremiyete verdikleri önem göz önüne alınarak bakımda mahremiyetin yerinin belirlenmesi** gerektiğine dikkat çekmiştir. Hastaya bakım verenin, hastanın mahremiyete verdiği önemi de dikkate alarak tutumunu belirlemesi gerektiğini savunmuştur. Fizyoterapist Harley ise Alzheimer hastalarının *"...fiziksel değil psikolojik ve sosyal yönünden de mahremiyetine saygı gösterilmesi gerektiğini düşünüyorum..."* demiş ve *"...koltuğunu kendi evinden getirmek istiyorsa bunu kullanmak istiyorsa o da onun mahrem alanına giriyor..."* şeklinde mahremiyetin geniş bir anlamda olduğunu vurgulamıştır. Hekim olan İstanbul ise *"...mahremiyet çok önemli... Alzheimer'sanız üç kat daha önemli..."* diyerek farkında olmasa da bu konunun kişi için önemini ifade etmiştir.

İnisiyatif Kullanma

Alzheimer hastasına bakım verirken, birey odaklı hareket edebilme ile istek ve ihtiyaçlarını karşılamada **bakım alanlar yerine bakım verenlerin karar verme durumunda kaldığı yani inisiyatif kullandığı** görülmüştür. Bakımevinde çalışan Harley bu durumu “...Ona bakacak kişi ya da velisi olacak kişi, kurumca ya da ailesinden görevli kişi onun hakkında karar verebilir...” şeklinde ifade etmiştir. Aynı şekilde bakım hizmeti veren Sanatçı ise “...kalkmıyor mesela... Ama onu dinlemeyip o yataktan kaldırıp dolaştırdığımız oluyor... Yani sırf o mutlu olsun diye...” bakım verdikleri Alzheimer hastasını, aldıkları inisiyatif düzeyine göre yönlendirdikleri bakım hizmetini anlatmıştır. Benzer şekilde evde bakım veren ve yabancı olan Kadın, “...çok az (su) içiyor zorlamazsan günde bir bardak içer... Zorlasan 3 bardaktan fazla içer...” diyerek hastanın su içme gibi bir aktivitede inisiyatif aldığına dair durumu ifade etmiştir. Bakımevinde çalışan ve erkek olan Mavi ise

“...bazı zaman oluyor ki yemeğini yiyor... Ama öğlen yemeği yemedim diyor... Şimdi biz ona yemek verirse, o yaşlı sağlık açısından zarar görür. Ama biz şimdi öğünlerimiz var saati ile... Her şey... Ara öğünü olsun, yemek öğünü olsun... Her şey saatli olduğu için... Eğer tabii ki bir öğünde yaşlı yemek yemediyse onlara biraz daha fazla göz kulak oluyoruz...”

şeklinde ne kadar program da olsa hastanın yemek yemesine ilişkin kimi zaman onun yerine karar verdiğini söylemiştir. Bakımevinde çalışan ve kadın olan Çalışkan ise Alzheimer hastasının bakımını bir bebeğin bakımına benzetmiş ve “...bir bebek nasıl annesinin bakımından anlarsa... ya da göz kızarıklığından ateşi çıkacak, hasta olacak, kesin dersiniz aynı o şekilde onun bir bakımından...” diyerek hastayı anladığını ifade etmiştir. Bu durumu bakımevinde hemşire olan ve standart belirleme çalışmalarına katılan Titiz ise “...biraz empati yaparak, daha doğrusu hani onun yerine kendimizi koyarak elimizden geldiği kadar durumunu anlayarak yardımcı olmamız lazım...” demiş ve “...kendi ihtiyaçlarını gideremediğinden onun adına karar veriyoruz...” şeklinde ifade etmiştir. Bu kararları verirken edindiği düsturu, “...beynimizi ve kalbimizi birleştirmemiz lazım çalışırken...” şeklinde açıklamış ve birlikte çalıştığı bakım verenlere bu yönde öğüt verdiğini, hizmeti yönlendirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca Titiz; “...eğer akli başında olsa ya da onu söyleme şansı olsa kabul etmeyecek belki, o hakkı elinden almış oluyoruz bir defa... Bunun kararını biz veriyorsak mahremiyeti çok özel bir konuya doğru karar vermemiz lazım...” şeklinde aldıkları inisiyatifin

sorumluluğunun büyük olduğunun farkında olduklarından bahsetmiş ve çok boyutlu düşünmek gerektiğini vurgulamıştır.

Formel bakım veren Öğrenci, Alzheimer hastalarının sağlık, bakım ve hatta ölüme ilişkin (vasiyet) tercihlerinin zor alındığını, buna rağmen hasta tercihleri daha önceden kayıt altına alınsa bile ölüme ilişkin tercihlerin bakım veren olarak vasiyetini birebir uygulamaya karşı olduğunu ifade etmiştir. Öğrenci düşüncesini;

“...sağlık çok önemli sağlık kişilerin tercihine bırakılmamalı... Yani evet her şeyde tercih dedik ama sağlık anlamında çünkü her insanın bir yaşam hakkı var zaten bu hukuken de böyle... Bırak yaşam hakkını ölüm hakkını bile kişiye soruyorlar... Ama ben hani bu karardan ziyade önümüzde bir insanın tamamen can çekişe çekişe ölmesinden yana değilim...”

şeklinde yaşamın son evresinde vasiyeti uygulanmasında sorunlar yaşanabileceğinden bahsetmiş ve “İNSANCA UĞURLAMA”ya dikkat çekmiştir.

Sorumluluk Alma

Alzheimer hastasına **bakım verenlerin inisiyatif kullanmasıyla birlikte bakım verdikleri bireyin sorumluluğunu üstlendiklerini de** ifade etmişlerdir. Karısına bakan Vefalı; *“...Alzheimer hastası söyleyemiyor... İşte söyleyemeyince biz düşünüyoruz... Acaba bir şeyi var mı? Ağrısı var mı? Mümkün mertebe hasta olmamasına dikkat edeceksin ki hasta olma lüksü yok...”* diyerek aldıkları sorumluluk derecesinden söz etmiştir. Kocasına bakım veren Dengeli ise *“...suyunu içiyor... Ama dikkat etmek lazım... Yani suyu birdenbire içiyor... Yemeği ağzına dolduruyor... Yutmayı unutuyor... Falan onlara dikkat edeceksiniz...”* şeklinde Alzheimer hastasının basit yerine getirmesi gerekenler konusunda bile aldıkları sorumluluklardan bahsetmiştir.

Standart belirleme çalışmalarına katılan Titiz, Alzheimer hastasının yerine kendisini koyduğunu ve isteklerini bildirmede güçlük çekmesinden dolayı hastanın ihtiyaçlarını gidermek için farkındalığın yüksek olacak şekilde sorumluluk yüklenilmesi gerektiğini şu şekilde açıklamış ve *“...Alzheimer, mesela su vereceksiniz ama günlerce istemese farkında olmazsınız. Mesela çok açsınız ya da çok susadınız ve birinin vermesini istiyorsunuz. Söyleyemiyorsunuz ...”* demiştir. Aynı zamanda Titiz, alınan sorumluluğu ekip anlayışı ile yapmak gerektiğini; *“...siz kararı yaparsınız (verirsiniz) ama onun*

uzantılarını insan yaşıyor yani geri dönüşü farklı olur. O yüzden tek başınıza karar veremezsiniz... Veriyorsanız da ortak ekip çalışması ile çalışma yapmanız lazım...” şeklinde ifade etmiş ve hatta her aşamada bunu takip etmek gerektiğini vurgulamıştır.

Özveride Bulunma

Bakım verenlerin, Alzheimer hastalarına **bakım hizmeti verirken kendi özel hayatlarından ödün verdikleri, maddi-manevi destekte buldukları, özverili bakım hizmeti sundukları** anlaşılmıştır. Bakımevinde çalışan Çalışkan rutin bir bakım hizmetinin olmadığını, bakım verenin kendinden vererek Alzheimer hastasını takip ettiğini şu şekilde ifade etmiş ve “...*su isteyen teyzemiz var mesela, düşme riski var zaten onu yanımızda tutuyoruz; sürekli konuşacaksınız...*”. demiştir. Aynı zamanda Çalışkan hastanın duygularını paylaştıklarını, kayıtsız kalamadıklarını ifade etmiş; “...*O üzüldüğü için yeri geliyor insan olarak siz de üzüyorsunuz... Yani bebek gibi...*” demiştir. Bakım verenlerin Alzheimer hastaları ile olan ilişkilerinde hoşgörünün olduğunu ne derlerse desinler kızamadıklarını ve farklı algıladıklarından bahsetmiştir. Çalışkan bu durumu şu şekilde açıklamış; “...*yani ağzınıza burnunuza küfrediyor... Ama o kadar tatlı oluyorlar ki hoşunuza gidiyor...*” demiştir.

Bakımevinde çalışan formal bakım verenler, Alzheimer hastaları ile geçirdikleri zaman içinde onların ihtiyaçlarına kayıtsız kalamadıklarını, maddi olarak da kimi zaman destek bile verdiklerini belirtmişlerdir. Bakım verenlerden Çalışkan bu durumu “...*dışarıya telefon edemiyorlar, ben kendi cep telefonumdan arıyorum, kızıyla oğluyla buluşuyor, konuşuyor bir rahatlıyor...*” şeklinde ifade etmiştir.

Aynı zamanda bakım verdikleri bireye çok alıştıklarını belirten Çalışkan, öldüklerinde etkilendiklerini şu şekilde açıklamış ve “...*kendi yakınının vefat etmiş gibi oluyorsun alışıyorsun...*” demiştir. Ayrıca Çalışkan ekibindeki çalışma arkadaşlarının da bundan etkilendiğini ve buna benzer paylaşımlarda bulunduğunu ifade etmiştir. Çalışkan hastaların vefatında kimi zaman diğer bakım verenleri teselli ettiğini ve bu durumda birbirlerine destek olduklarını ve “...*sarılacaksın rahatlatacaksın...*” şeklinde duygularını ifade etmiştir.

Bu özverili yaklaşımlara bir başka örnek formel bakım veren Mavi, bakım hizmeti alan ile olan ilişkilerinde manevi destek verdiklerini şu şekilde açıklamış; “...*en iyi hizmeti versek de bir evladın sevgisini asla veremeyiz...*” demiş ve bakım verdiği karşı konumunun ne olduğunun farkında olduğunu belirtmiştir. Mavi hastaya karşı özverili yaklaşımda bulunduğu “...*sen boş ver evladın yoksa biz varız burada, sen benim babamsın diyorum mesela...*” dediğini paylaşmıştır. Bu tür özverili yaklaşıma örnek olarak diğer formel bakım veren Sanatçı; “...*bazen çalışmadığım zamanlarda geldiğim de oluyor buraya...*” diyerek hastalarla kurdukları bağı ifade etmiştir.

Karısına bakım veren Vefalı, Alzheimer hastasına enformel bakım verenler arasında da özverili paylaşımlardan bahsetmiştir. Vefalı, bakım verirken çaresiz durumda kaldığı zaman yol gösteren bir başka hasta yakınından destek aldığını ve bir başka hasta yakını ile paylaşımından “...*ben hayatta o 15 - 20 dakikalık telefon desteğini hiç unutmam. Çok faydasını gördük...*” şeklinde söz etmiştir.

Bakım Vereninin Tutumu

Bakım verenlerin Alzheimer hastalarına verdikleri **bakım hizmetinde sergilediği tutumların**, kalite algısında etkin olduğu görülmüştür. Standart belirleme çalışmalarına da katılan Beyaz, annesine bakım verirken hastalığa ilişkin bakım sürecini tarif etmiş ve bu süreçte sergilediği tutumu ifade ederken; “...*büyük kabullenmişlikle, çok büyük sevgiyle atlattık...*” ifadesini kullanmıştır. Bakımevinde çalışan fizyoterapist Harley ise Alzheimer hastasına yaklaşımı belirlerken “...*bakım veren kişinin süreci doğru algılamasını sağlayabilirsiniz... Yani bu kişiyi 4 yaşında bi çocuk olarak göreceğiz...*” şeklinde hastaya karşı geliştirdiği tutumu ve bu tutumuna ait beklentisini paylaşmıştır.

Bu duruma benzer olarak bakımevinde formel bakım veren Sanatçı, işini sevmesine dayalı geliştirdiği tutumunu “...*yedi yıldır da sıkıntısız bir şekilde çalışıyorum... Yani yaşlılarla konuşmak muhabbet etmek hoşuma gidiyor...*” şeklinde ifade etmiştir. Sanatçı, hastalara karşı hissettiği duygularını anlatırken, “...*hatta onların da benim anneannem onların da benim dedem olduğunu bilerek o şekilde onlara hizmet vermeye çalışıyorum...*” ifadelerini kullanmıştır. Ayrıca Sanatçı, amacının bakım verdiği Alzheimer **hastasını mutlu etmek ve yaşamda tutmak olduğunu**, bakım verirken

bunun göz önüne alarak tutum geliştirdiğini ve bu tutumu “...unuttuğu şeyleri onlara yaşatmak için çalışıyoruz...” şeklinde ifade etmiştir.

Bakımevinde kadın formel bakım veren Öğrenci “...bakmak... Hele de bir yaşlıya dokunmak... Hele de onları hissedebilmek için... Eğitimle beraber duygularımı ve dünya görüşümü birleştirdim...” diyerek edindiği tutumundan bahsetmiştir. Öğrenci verdiği bakım hizmetinde “...yaşlılıktaki gücü hala nasıl taze tutabilirim... Karşımdakine de nasıl kendini değerli hissettirebilirim... Benim temel amacım o...” diyerek takındığı tavrı tarif etmiştir. Bunun yaparken **göz temasının** kesinlikle vazgeçemeyeceği şeylerden birisi olduğunu ifade etmiştir.

Bakım verenler, Alzheimer hastasına **hizmet ederken tutumlarının mekanik olmadığını**, zamanların çoğunda iletişim halinde geçirdiklerinden bahsetmiştir. Bakımevinde Çalışkan erkek formel bakım veren Mavi “...onun dışında öz bakım saatlerimiz oluyor... Ama onun dışında hep sohbet, muhabbet... İlgilenme şeklinde devam ediyor...” demiştir. Evde bakım veren Kadın ise baktığı hasta için “...konuşmayı çok seviyor... Ya arada oturup konuşuyorum sorular soruyorum kafası dağılsın diye...” ifadesini kullanmıştır. Bakımevinde formel bakım veren Çalışkan benzer olarak “...sırf bakım yapmak değil... Bir de işin duygusal... Onunla bir sohbet etmek paylaşımda bulunmak... Yüzüne gülmek, yani gülümsemek bile çok etkiliyor...” diyerek genel davranışlarındaki tutuma işaret etmiştir. Hastanın sıkıntılı bir durumda takındığı tavrı ise “...onun huyunu biliyorsun... Ne yapacaksın... Onu teskin etmek, sakinleştirmek...” şeklinde olduğundan bahsetmiştir.

Hemşire Titiz ise “...sonuç itibarı ile insan olarak karşımda nefes almaya devam ediyor... Bu yüzden en güzelini yapmak zorundayız... Bize düşen bu...” diyerek hastalara karşı takınılan tutumların temelini özetlemiştir. Bakım verenlerin yaklaşımlarının çok önemli olduğunu ve “...ona (hastaya) bir merhaba demeniz bile... Hani hiç anlamasa ya da anlamadığını düşünsek bile... Kapısını vurarak girmemiz...” şeklinde olması gerekenleri anlatmıştır. Titiz; “...ona göre muamele etmeniz... Hani iyi bir dokunuş... Güzel bir ses tonu... İnsan bunu her zaman hak ediyor...” takınması gereken tavırlar konusunda genelleme yapmıştır.

Bu konuda Fizyoterapist Harley, bakım verenlerin hastalarla **birlikte zaman geçirirken bir uyum halinde çözümler** olabileceğini böylece bakım veren ile bakım alanın yaşam kalitesine etkileyeceğini ifade etmiştir. Harley; “...bakım elemanı işimi bitireyim birazcık kenarda dinleneyim demesine gerek yok... Onla beraber de dinlenebilmesini öğreniyο yani...” demiş ve bakımın devamlılığı için birlikte yaşama tutumu geliştirilmesi gerektiğini savunmuştur.

Bunun yanında bakımevi yöneticisi olan Tokatlı formel bakım verenlerin geliştirdikleri tutumların iyi bakımda etkin olduğundan bahsetmiştir. Bu konuda düşüncesini

“...(yaşlılar) personelle çok çatışmaya girmiyorlar bakım elemanıyla... Çünkü babaanne, o ona gelin diyor... Bazen yani o rollere giriyorlar karşılıklı... Benim bir bakım elemanım vardı bakım yapan... Oğluna benzetirdi... Yukarıya çıkınca mümkün değil bırakmazdı onu... Hani birini birilerinin yerine koyarak da yaşıyorlar hayatı...”

şeklinde açıklamıştır. Tokatlı hastaya bakım verenlerin karşılıklı geliştirdikleri yaklaşım ve tutumların bakım hizmetinde kalite algısında etkin olduğunu ifade etmiştir.

Bakımevinde formel bakım veren Öğrenci tutumlarının mekanik olamayacağından bahsetti. Öğrenci “...banyo yaptırırken mesela... Yurt dışına gittim... Ben orda insanların çok robotlaştığını gördüm... Ama enteresan olan da oradaki insanların hizmet anlayışı da o... yani onlar yaşlıyı işte bir takım aletlerle ne bileyim veyahut bir takım yatakların güzelliği teknolojiyle falan bağdaştırıyorlar...” şeklinde tutum ve yaklaşımlarında farklılık olduğunu belirtmiş ve gördüğü durumu eleştirmiştir.

Formel bakım veren Sanatçı, hastanın kendine karşı geliştirdiği paylaşımı anladığını ifade ederek “...bıyık bırakmıştım ben de... Bıyığıma çok küfür ederdi benim... Bunlara aldırmyorduk... Yani çünkü çok tatlı bir teyzeydi aslında... İçinde kötülük olmadığını biliyorduk...” şeklinde hasta ile girdiği iletişimde sergilediği tutumunu açıklamıştır.

Alzheimer Hasta Yakınlarının Tutumu

Karısına bakım veren Vefalı ise önceleri kendisinin baktığını daha sonra altından kalkamadığı için bakımeviden hizmet aldığını belirterek burada takındığı tutuma ilişkin anısını paylaşmış ve “...tüm oradakilerle (bakımevindekilere) nasılsınız? iyi

misiniz? Dokunuyorum... Böyle onların mutlu olduklarını hissediyorsunuz zaten... Yani değerli olduklarını, önemsendiklerini ya da ne bileyim farklı bir şey hissediyorlarsa...” demiştir. Bakımevinde kalanlara karşı bakım verenlerin dışında kendi tutumunun da **iletişimi öne çıkaran bir tutum** olduğunu ve bu yaklaşımın hasta için önemini vurgulamıştır.

Alzheimer hasta yakınlarının, bakım verenlerden tutumlarına ilişkin farklı beklentilerinin olduğu görülmüştür. Bu konuda annesine bakım veren ve arada formel bakım hizmeti alan Beyaz, bakım verenlerin tutumuna ilişkin yaklaşımlarında çeşitli sorunlar yaşadığını ifade etmiş, bu sorunların temelini;“...şöyle ki aslında tam sahiplenmedikleri için...” şeklinde özetlemiştir. Annesinin bakımında beklentisini, “...benim olmadığım zaman benim yaptığım gibi yapmaları...” şeklinde ifade etmiştir. Bayaz; “...sevgisini gösterecekler... En azından sahiplenerek bakmasını bekliyorsunuz...” demiş ve bakım verenlerin baktıkları **kişiyi sahiplenerek bakım verme konusunda** sergilenen tutum eksikliği vurgulamıştır.

Aynı zamanda Vefalı bakım verenlerin tutumlarının önemine ilişkin olarak;

“...eşim ağlıyordu bana... Özel bakımda... İşte elinde küçük bir battaniye vardı... Onu aldık, ona ağlıyor... Kızım neden alıyorsun elinden battaniyeyi... Onu düşünemiyor... Kadın oynuyor desen ne oluyor? Onu elinden alınca... Çocuk gibi ağlamaya başladı... İşte bunu bilemiyorlar...”

demiştir. Bakım verenin tutumunda anlayışlı olmanın yeri ve önemine işaret ederek, **hastanın anlamsız isteklerine duyarlı hizmet vermek ve bakımın bir rutin iş olmadığını** ifade etmiştir.

Değerler

Alzheimer hastalarına bakımda davranış ve tutumun temelinde değerler üzerine kurulduğu ve geliştirildiği görülmüştür. Bireylerin **hissettikleri ve ifade ettikleri vicdan sorumluluğu, empati, hoşgörü, sabırlı olmak, saygı ve sevgi duymak, emek vermek, aile olmak gibi** değerlere ilişkin birçok ifadeler yer almıştır. Standart belirleme çalışmalarına katılan ve üst düzey yönetici olan İstanbul; “...bildiğinizden mesulsünüz... Yazıyor ya kitabımızda... Ben de öyle düşündüm... Yani biliyorsak eğer

bu sorunu, bu sorunu çözüm makamındaysak, o zaman biz bundan sorumluyuz ve çözmeliyiz...” konuya ilişkin yaklaşımında temel aldığı değeri paylaşmıştır.

Formel bakım veren Sanatçı geliştirdiği tutumlarda temel aldığı değerini; “...*hadisler, ayetler var... Ne diyor işte; diyor ya sizin yanınızda anneniz babanız yaşlandığı zaman onlara of bile demeyin...*” demiş ve ayrıca “...*bir insan düşmüşse veya muhtaçsa ona bakmak gerekiyor...*” şeklinde düşüncesini açıklamıştır. Formel bakım veren Öğrenci geliştirdiği tutumda temel aldığı düşüncelerini “...*yaratıcıyı razı etmek... Çünkü O Allah'ın bir eseri, sanatı gözüyle bakıyorum ve saygı duyulması gerektiğini düşünüyorum...*” şeklinde ifade etmiş ve “...*hem para kazanmak hem de Allah rızasını kazanmak...*” şeklinde bakım verirken sergilediği tutumda temel aldığı değerlerini paylaşmıştır.

Evde bakım veren Kadın ise aile ortamına dem vurarak; “...*çünkü aile gibi olduğu zaman hiç o kadar ağırlık çekmezsin...*” demiştir. Öte yandan “...*hepimiz bir aile olmadan çalışamayız... (hastanın) çocukları... İyi bakıp... Böyle kardeş gibi bakmasaydı... Ben bakamazdım yani... Hep sadece para için?! Hep sadece?! Ben bunu kendi ailem için yapıyorum...*” şeklinde tutumunda temel aldığı değeri, farklı bir bakış açısını ifade etmiştir.

Formel bakım veren Çalışkan **emanet olarak** tanımlamış ve “...*o sizin emanetiniz. Anneniz babanız gibi bakarsanız sorun yok...*” demiş ve bakım hizmeti vermede kendine ait değerlerini açıklamıştır. Hemşire Titiz ise “...*yaşlılara duyduğum merhamet duygumun yüksek olmasından belki... Bilmiyorum... Ama tolere ettim...*” demiştir. Ayrıca Titiz; “...*mesleğimi sevdiğimden...*” diye eklemiştir. Titiz; “...*inancım da bu işin içerisine giriyor... Hani yaşlıya hürmet etmek, insanları sevmek, biraz daha korunmama yardımcı oluyor...*” şeklinde ifade etmiş ve bu değerlerinin hayatta karşılaşması muhtemel kötülüklerden uzak kalmasını sağladığına inandığını paylaşmıştır. Formel bakım veren Mavi, kaliteli bakım hizmeti vermediği zaman; “...*aldığın paranın bereketini de bilemiyorsun ve evine gittiğin zaman huzursuz da oluyorsun yani... İnsan sabır veremiyor... Her insanın yapabileceği bir şey değil bu iş...*” şeklinde yaptığı işe ait düşüncelerini ifade etmiştir.

Alzheimer Hasta Yakınının Değerleri

Bakım verenler, **hasta yakınlarının değerlere dayalı olarak iyi bakım algılarındaki memnuniyet söylemlerinden** bahsetmişlerdir. Örneğin Sanatçı iyi bakım verdikleri zaman “...*evet iyi bakmışsınız Allah razı olsun, dedikleri şey bunlar oluyor genelde...*” şeklinde ifadesinde, Alzheimer hasta yakınlarının değerlerinden yola çıkarak iyi bakımı değerlendirmelerden memnun olduğu anlaşılmıştır. Bu konuda formel bakım veren Çalışkan, Alzheimer hastası öldüğünde de yakınının; “...*Allah razı olsun demek o kadar mutlu ediyor ki... Benden iyi baktınız, ilgilendiniz... Allah razı olsun... Onu duymak bizi vicdanen rahatlatıyor...*” şeklinde ifadeler kullanılmasının kendisini mutlu ettiğini belirtmiştir.

Özgün İletişim

Alzheimer hastalarının **anlamadıklarına ilişkin yaygın kanıdan farklı olarak hastalar ile bakım verenler arasında özgün bir iletişim yolu** olduğu ifade edilmiştir. Bu konuda annesine bakan psikolog Beyaz; “...*Alzheimer hastası olması anlamadığı, algılamadığı, hissetmediği anlamına gelmiyor... Duygularının olduğunun halen farkındayım... Konuşmasa da anlattıklarınızı dinliyor, kendisi ile sohbet etmeniz beklentisi çok fazla oluyor...*” şeklinde hasta ile kurdukları Alzheimere özel iletişim şeklini açıklamıştır. Formel bakım veren Öğrenci; “...*yani yemek yerken karşıdaki canlı olduğu için senin elinden gözünden ifadenden bu işi ne kadar severek yaptığını hissedebiliyor... Beynin küçücük bir bölgesi bile çalışıyor olsun, sevgi alıp verilebilen bi şey... Bunu hissediyorlar...*” şeklinde bu duruma ilişkin benzer ifadeler kullanmıştır.

Formel bakım veren Mavi Alzheimer hastası yaşlı ile arkadaşlık kurabildiğini anlatmış; “...*Alzheimer yaşlısı... Ama arkadaş gibi bir ilişkimiz olduğu zaman... Hasta da olsa hiçbir zaman seni unutamıyor... O (Alzheimer hastası) insanlara soğuk davrandığın zaman zaten o insan seni hiçbir zaman önemsemez sen onun umurunda olmazsın...*” demiştir. Standart çalışmasına katılan Harley, Alzheimer hastaları ile iletişim çabasını;

“...*onun kafasına belli şablonlar oturmuştur... o kişinin... bu şablonlar içinde ona anlatmanız lazım... Sembolleri tanıtırken harfleri tanıtırken bazı eğitici oyunlar var, aynısını bizim sakinlere de deniyorum...*”

şeklinde Alzheimer hastası ile iletişim yollarından bahsetmiştir.

Bakımevinde erkek olan ve formel bakım veren Sanatçı, iletişimde cinsiyete dikkat çekmiş ve “...erkekler erkeklerle daha kolay iletişim kuruyor bunu görebiliyorum. Yani birbirimize daha kolay güvenebiliyoruz...” demiştir. Benzer ifadeler kadınlara kadın bakım verenlerin daha rahat iletişim kurduklarından söz edilmiştir.

Annesine bakım veren ve standart çalışmalarına katılan Beyaz; “...anlıyor espri yaptığınızda iltifat ettiğinizde çok güzel gülüyor, orda var olduğunu hissettirmeye ihtiyaç var aslında...” şeklinde ifade etmiştir. Standart belirleme çalışmalarına katılan ve bakımevinde çalışan Harley ise

“...anlamıyor zannediyoruz ama... O zaman... Belki de anlıyor ve olayı daha çabuk kabulleniyor gibi geliyor... Ama bunu eğer yapmazsak... O Alzheimer’i daha da körükliyor oluyoruz... Hizmet sunduğunuzu tanımaya niyetli iseniz o size her yerden doneler veriyo zaten... Siz de kendinizi anlatmak niyetindeyseniz zaten her hareketinizle anlatıyorsunuz... Neyi anlatmaya çalıştığını anlamaya çalışıyoruz...”

şeklinde kendi yaklaşımından bahsetmiştir. Eşine bakım veren Dengeli ise “...unutma olmadığı için şeysi hala beyinde hitap edebileceğimiz bir yer var... Şu andaki o mutluluk hissi ve acı hissi ile hayatta kalıyorlar...” şeklinde özgün iletişim olduğuna ilişkin deneyimini paylaşmıştır. Bakımevinde formel bakım veren Öğrenci;

“...duygularını kaybetmiyor... Duygular onda hala var... Dolayısıyla gözler çok şey anlatıyor yani... Tedirginliğiyle göz teması kurmamasıyla o korku haliyle bile istismar durumlarını zaten gösteriyor... İyi bir analizciyseniz eğer insan olarak yani hemen hissedebiliyorsunuz yani...”

şeklinde hastanın duygu durumunun farkına varılabildiğini ifade etmiştir.

Alzheimer hastalarının duygu ve düşüncelerini sadece tavırları ile değil bazı farklı yollarla da rahatsız oldukları durumu karşısındakilere aktardıkları savunulmuştur. Bakımevinde formel bakım veren Sanatçı; “...geçen kalçası kırık teyzeyi yemek yesin diye kaldırdım... Şuradan bir tutu... Öyle böyle değil... Ama bir şey diyemezsiniz ki bilinçli yapmıyor... Ağrısı ya da yardım beklediği için yapıyor...” demiştir. Aynı zamanda Sanatçı; “...bazı günler Selamünaleyküm Zeki Amca diyorsun, fırça atıp gönderiyor... Bir sıkıntısı var herhalde o gün yani...” şeklinde hastaların bir şekilde hissettiklerini, duygu ve düşüncelerini ifade edebildiklerini vurgulamıştır. Karısına

bakım veren Vefalı “...mutlu oldukları yüzlerinden anlaşılıyor zaten...” şeklinde Alzheimer hastası ile kurulabilen özgün iletişimden bahsetmiştir.

Alzheimer hasta yakınları ile kuruluştaki formel bakım verenlerin ile iletişimi

Formel bakım veren **Çalışkan iletişimin kurulması için hastayı tanıma sürecine ihtiyaç olduğundan ve bu süreci atlatırken hasta yakınları ile iletişimin** önemli olduğundan söz etmiştir. Çalışkan; “...*olaydan olaya da değişebilir ama bir iki hafta yeterli oluyor... Hani kişilik özelliklerini az çok anlamaya... Bir aya çıkabilir... Şey de var, kişilik özelliğinden tutun da bunun sağlık anlamındaki bilgilerine kadar...*” demiştir. Yaşlı yakınlarıyla işbirliği sağlam olursa bu sürecin daha rahat atlatıldığını ifade etmiştir.

Bakımevinde kalan Alzheimer yaşlı yakını ile bakım verenlerin arasındaki iletişim konusunda bakımevinde çalışan Titiz yakınlarının irtibatla kalma isteklerine ilişkin olarak;

“...aileler eğer hakikaten yaşlıdan kurtulmak istiyorsa bıraktıktan sonra biz ne kadar çok sık sık ziyaret edin desek bile işleri bitince kaçıyorlar ve geri gelmeleri çok nadir oluyor... Ama onun dışında çok vicdani olarak bu sorumluluğu hisseden aileler de bunu yapıyorlar...”

demiştir. Titiz yakınların ziyaret ettiklerini, yiyecek getirdiklerini ve bunu ilgilenme olarak algıladıklarını ifade etmiş ve bu konuda “...*biz yedik o da yesin diyerekten gıda getiriyorlar onu da ilgi alaka zann ediyorlar...*” şeklinde görüşünü paylaşmıştır. Ayrıca Titiz;

“...çok gelmek istemiyor... Yani buraya teslim ettikten sonra yapacağımı şimdiye kadar yaptım... Emin ellere teslim ettim... Bundan sonra benim ona verebileceğim çok bir şey yok... Deyip kendilerini sıyrıyorlar... Gerek istemli, gerek istemsiz... İstemeyenler sıkıntıya girdiği zaman zaten ziyaretler şeklinde ufak ufak belli ediyorlar aldıklarıyla gelmeleriyle oturup kalkmalarıyla...”

şeklinde yakınların yaşlılara ilişkin iletişimi devam ettirme motivasyonlarına ilişkin görüşlerini paylaşmıştır.

Alzheimer hastalarının diğer bakım hizmeti alanlarla iletişimi

Annesine bakım veren Sessiz çevrenin iletişim kurmaya yönelik çekincelerinden bahsetmiş ve “...*Alzheimer hastasıyla oturup da sohbet etmeye yanaşmıyor çünkü*

*sürekli aynı şeyleri soruyo...” açıklamasında bulunmuştur. Sessiz, gündüzlü bakım merkezine annesini götürdüğünü ve orada **hastasının diğer Alzheimer hastaları ile rahat iletişimine geçtiğini** vurgulamış ve*

“...gelmediği zaman anne diyorum nasıl unuttun bunu yahu falan, kusura bakma kızım diyor... Ben Alzheimer hastasıyım diyor... Kabul ediyor... Ben diyor iyileştirdim diyor... (başka) Alzheimer hastalarına (dönüp) üzülme diyor... Sen de iyileşeceksin diyor...”

demiştir. Sessiz, annesinin Alzheimer hastası olmasına rağmen diğer hastalara geliştirdiği özgün iletişim şeklini ifade etmiştir.

Bakımevinde formel bakım veren Çalışkan’ın diğer yaşlılar ile Alzheimer hastasının iletişimde kolaylaştırıcı olduklarından bahsetmiş ve şöyle ifade etmiştir;

“...en basit su istiyor... Suyu veriyorsun... Bağırıyor su istiyorum diye... Diğer akli başında ya da az çok akli başında olan yaşlı diyor ki su önünde o neden bağırıyor... Dedim yani onun akli gelip gidiyor ne yapacaksın yapacak bir şey yok... Her sorduğunda aynı cevabı veriyorsun... Sene boyu bu devam ediyor... Sürekli su istiyor mesela...”

Annesine bakım veren Sessiz ise Alzheimer hasta yakınının gündüzlü merkeze geldiğini, diğer hastalarla birlikte olmasının annesine iyi geldiğini ve bunun bakım vereni rahatlattığını ifade etmiştir. Sessiz iletişim her boyutunun ilişkilerin yönünü belirlediğinden bahsetmiş ve

“Buraya başlamadan önce... Bütün gün evde idi... Abimle özellikle bir arada olunca... Aslında akli başındayken onu seviyor... O benim her şeyim diyor... O can yoldaşım diyor... Beni düşünüyor... Bana bakıyor diyor... Ama bazen de kötüleşince evden kovmaya kalkıyor onu... O derece... Yani annem çevreyi burada edindi... Evdeyken hiç bir şeyi yoktu... Ha sağlıklı zamanda çok çevresi vardı... Hastalanmaya görün...” demiştir.

Alzheimer yaşlısının özgün iletişimi-1 “HOŞ-BOŞ KONUŞMA”

Bakım verenler tarafından Alzheimer hastasını yemek yeme ya da banyo yaptırmak için ikna edilmesinin önemli olduğunun fakat **sohbet sırasında oluşan konuşma akışında - yanlış ya da hatalı olsa da - doğrusunu anlatmak için iknaya uğraşmamak gerektiğinin ve konuşma akışına göre sohbete devam edilmesinin** yaşam kalitesinde etkili olduğunun altı çizilmiştir. Araştırmada, bu tür iletişim “HOŞ-BOŞ KONUŞMA” olarak adlandırılabilir ve Alzheimer hastalığına özgün iletişim olarak

geliştirildiği görülmüştür. Formel bakım veren Mavi, sohbetlerinde ikna etmeye girişmediğini ifade etmiş ve “...ama onun hayalinde bir alışveriş durumumuz var mesela... Aklına geldiğinde bana anlatırsın diyorum, tamam diyor oturuyor...” demiştir. Karısına bakım veren Vefalı, Alzheimer hastasını anlamak gerektiğini vurgulamış ve iletişim çabasını;

“...ilk defa burada dediler ki senin eşin ağlıyor... Yukarda ağlıyormuş... Gittim baktım ağlıyor... Ne oldu niye ağlıyorsun dedim... İşte şöyle oldu... Böyle oldu... Eskiden konulardan başladı... Konu açtı... Gülmeye başladı... Oynamaya başladı... İnanın iki dakika sürmedi yani... Baktım onu unuttu... O rahatladı yani...”

şeklinde anısını paylaşmıştır. Formel bakım veren Sanatçı Alzheimer hastaları ile bu tür konuşmayı şu şekilde tarif etmiştir;

“...Alzheimer’lı ama mesela... Amca’mız var... Eski Bankası genel müdürüymüş. Çok kaliteli bir yaşam sürmüş, inançlı bir amcamız. Yani belki anlattıkları birbirini tutmuyor ama çok kaliteli bir sohbeti var. Yani muhabbeti çok kaliteli zevk alarak konuşuyoruz...” demiştir.

Bakım verenler, Alzheimer hastası ile iletişime geçmek için kişiyi tanımak gerektiği, geçmiş yaşantısını iyi öğrenmek, tepkilerini bilmek, hangi kelimeyi neyin yerine kullandığını bilmek, konuşmak istemediğinde anlamak, konuşmak istediğinde ona geçmişten bahsederek konuşmasını sağlamak bunun için de özel yaklaşım geliştirmek gerektiğini vurgulanmıştır. Formel bakım veren Çalışkan, bakım verdiği bir hastası/yaşlısı sadece su istiyorum kelimesi hafızasında kaldığı için bütün iletişimini su istemek cümlesi ile sınırlandığından bahsetmiştir. Alzheimer hastalarının kendi aralarında uzun sohbetler yapabildikleri bunun yanısıra beraber uzun yürüyüşler yaptıklarından söz edilmiştir.

Alzheimer yaşlısının özgün iletişimi-2 “HOŞ-BOŞ GEZME”

Alzheimer hastalarının sohbetinde olduğu gibi **bazen anlamsızca bir yere gitmek istediğinde de benzer bir yaklaşımla harekete geçmenin ve mekân değiştirmenin sağlanmasının iyi geldiğini** ifade edilmiştir. Karısına bakım veren Vefalı; “...hasta bir şey istediği zaman yok demeyeceksin, karşı çıkmayacaksın, yani onun suyuna gideceksin bir yerde...” şeklinde benzer duruma açıklık getirmiştir. Aynı zamanda bu yaklaşımın yanında hastanın anlattığı ya da istediğine karşı ikna etme yerine uyum göstermek

gerektiğini vurgulamış ve “...haydi gidelim demiş... Kadın tutuyor elinden... Balkona gidiyor... Geldik evimize diyor... Adam kabul ediyor... Biraz önceki yeri ev değilmiş gibi algılıyor... Ufak bir mekân değişikliğiyle rahatlıyor...” şeklinde bulunan çözümden bahsetmiştir. Araştırmada, Alzheimer hastaları ile yapılan bu iletişimin “HOŞ-BOŞ GEZME” şeklinde adlandırılabilirliği ve yapmak istediklerine ilişkin yapılan aktivitelerin rahatlatıcı olduğu görülmüştür. Formel bakım veren Çalışkan; “...onları idare etmek maksatlı... Çünkü en sık yaşadığımız sorun kıyafet sorunu... Kendi olmasa bile... O ver... Benim kıyafetim o... Onun değil... Ama demans olduğu için bir gezdiriyorsun unutmamasını sağlıyorsun...” diyerek Alzheimer hastalarının akrabaları ile çamaşırlarını sahiplenme konusunda çatışma yaşanabildiği örnekte bile bu aktivitenin yararlı olduğundan bahsetmiştir.

İkna Etme-“TİYATRO OYNAMAK”

Alzheimer hastalarında günlük yaşam aktivitelerinde destek vermek için ikna etme yolunun tercih edilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu konuyu fizyoterapist Harley;

“...hani onu ikna edebilecek ona durumu (banyo yapmayı) anlatabilecek illaki bir şeyler var... O da onu çok iyi tanımaktan geçiyor... Kendi kişisel hijyenini sağlayamıyorsa size büyük bir direnç gösterebiliyor... Bunu çeşitli yollarla ikna yoluna gitmeye çalışıyorsunuz...”

şeklinde ifade etmiştir. Formel bakım veren Sanatçı; “...tırış olması için dört gün yalvardık en sonunda işte ikna oldu... Yani ama işte onu yeni tanımaya başladık ona göre yani nabza göre şerbet vererek...” şeklinde geliştirdikleri yaklaşımı anlatmıştır. Yemek yemeğe ikna etmede de benzer yaklaşımlar geliştirildiği, Alzheimer hastaları ile yapılan ve “TİYATRO OYNAMAK” şeklinde adlandırılabilir ve bu özgün iletişimin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede etkin olduğu paylaşılmıştır. Bu konuda formel bakım veren Mavi;

“...bir çocuk sevgisi gibi yaklaşıldığı zaman... Bazen... Yemekler arkandan ağlar bak... Yazık günah... Dediğimiz zaman üzülmesin diye düşündüğümüz yaşlılarımız var... Hani bir çocuğa dersin ya... Ağlar bu yemek dediğimiz zaman... Yaşlılarla bu iletişimi kurduğumuz zaman gerçekten oturup yemeğini yiyen yaşlılarımız var... Alzheimer hastası da olsa... Ne olursa olsun... Sonuçta o bir insan... Evindeki bebeğe bir şey yedirirken ona hadi aç ağzını uçak geliyor kuş geliyor diyerek yediriyorsun... Çıkartmak istemiyor mesela... Altına kaçırın yaşlılarımız var... Diyorum ki bak yağmur yağmış ıslanmış... Hani sen altına

ıslatmışsın bunu çıkartmamız lazım dediğimiz zaman çekiniyor... Ama su dökülüyor diyoruz... Yağmur yağmış hadi kalk diyoruz... Hemşire ilacı verdiği zaman adam ağzından atıyor... Yani işte amca diyoruz... Biz bunu içmezsek yürüyemeyiz... Yemek yiyemeyiz... Kafan ağrır... Kolun ağrır...”

şeklinde ikna yoluna gittiklerini anlatmıştır. Formel bakım veren Mavi ise “...o yaşlı karnını doyurabiliyorsa... Bir şey istediği zaman yerine getirebiliyorsam... Ben iyi yaptım diyebilirim... İkna edebiliyorsam o insanı... ama... iyi baktığımı düşünüyorum...” şeklinde ifade etmiştir.

Sakinleştirme- “DURUM YÖNETİMİ”

Alzheimer hastası **yaşlıların sohbetlerinde ikna etmeye zorlanmaması (Hoş-Boş Sohbet /Hoş-Boş Gezme), ancak diğer yandan günlük yaşam aktivitelerinde ikna edilmesi (Tiyatro Oynamak) gerektiği** görülmüştür. Bu iki yaklaşımın farklı durumlarda ve zamanlarda uygulandığı anlaşılmıştır. Alzheimer hastasının bu iki durumda duygu durumunun farklı bir hal alabildiği ve ajite olduğu görülmüştür. Ajitasyonun önlenmesinin Alzheimer hastasının yaşam kalitesinde önemli olduğu ve iyi bakım algısının temelini oluşturduğu anlaşılmış ve bunun “DURUM YÖNETİMİ” olarak adlandırılabilirliği görülmüştür. Ajitasyon halinde hastayı sakinleştirmek için fizyoterapist Harley’nin ifade ettiği gibi bakım verenlerin farklı yaklaşımlar ve yöntemler uygulandığı anlaşılmış; Harley bunu ve

“...neyi anlatmaya çalıştığını anlamaya çalışıyoruz... Yani param dediğinde neredeydi? Paran kaç paraydı? Niçin saklamıştın? Belki çamaşırın yıkanması için kenara bi para koymuştun... Onu da yatağın kenarına koydun... Belki de onu başka bi parayla karıştırıyorsun... Hani parayı tanımlarsa düzgün bi şekilde ne amaçla, nereye ne kadar diye... Zaten tanımlayamazsa... Kendisi de farkediyoyani bi sıkıntı var yani... Hiç içinden çıkamazsa ajite olup, çalındı işte deyip kestirip atabilir de... Çok zor durumların olduğunda... Olabiliyor... Ama genelde bu tarz yaklaşımlarla çözülüyor... Çok ajite olup sakinleşemezse de sakinleşmesi bekleniyoy... Tabi her saldırgan davranışta olduğu gibi, sakinleşmesini bekliyoruz... Kendine zarar vermeyeceği şekilde... Tabi elini kolunu bağlamak değil... Sadece sakinleşmesini beklemek...”

şeklinde ifade etmiştir.

Aynı zamanda ajitasyon halinde rahatlatmak için formel bakım veren Çalışkan uyguladığı yöntemleri şu şekilde anlatmış ve

“...O gün mışıl mışıl uyuyorlar... Şey de yapıyorlar... Gece çok agresif olanlar suyla rahatlayabiliyor... Birçok kez duydum... Belli kişiler... Zaten çok sınırlı olan... Onun huyunu biliyorsun... Ne yapacaksın? Karnını doyuracaksın bir

rahatlayacak... Bir de banyo yaptırdın mı? İyice rahatlıyor ve uyku moduna geçiyor... Normalde uyumayan insan o suyla rahatlıyor... İlaçsız... Yani kişiyi tanıdıktan sonra, ona neyin iyi geldiğini anladıktan sonra işin daha kolaylaşıyor... Hani ilk etapta bunu bilemiyorsun ama zaman geçtikçe öğreniyorsun. Olaydan olaya da değişebilir ama bir iki hafta yeterli oluyor hani kişilik özelliklerini az çok anlamaya...” demiştir.

Ajitasyonun azaltılmasının Alzheimer yaşlısının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu, bu tür aktiviteler ile bu durum sağlanamazsa medikal müdahalelerin yapılması gerektiği ya da kısıtlamalar uygulandığından bahsedilmiştir. İyi bakım sağlanmasında sakinleştirmenin önemi katılımcılar tarafından vurgulanmıştır.

Empati Kurma

Alzheimer hastalarına bakım hizmeti verirken **empati ile yaklaşımın iyi bakım verilmesi ve kaliteli bakım algısında önemli** olduğu üzerinde durulmuştur. Bu konuda formel bakım veren Öğrenci; “...hayatımda önemli... Yani ben nasıl sevimli ve değerli olmayı istersem karşımdaki insan da böyle...” demiştir. Ayrıca Öğrenci; “...çocuklarım var ileride bana nasıl davranılsın istiyorsam öyle davranmasını istediğim için o şekilde davranmak...” prensibinde olduğunu ifade etmiştir.

Evde bakım veren Kadın ise “...kendi annem gencecik öldü... Zaten ben bakıcılık yaparken kendi ailen gibi hissetmezsen bakamazsın...” şeklinde empati kurduğunu vurgulamıştır. Hatta Kadın, bu empatinin karşılıklı olduğunu günlük duygu durumunun değişiminin bile karşılıklı kişileri etkilediğini ifade etmiş ve “...sendeki gerginlik onu geriyor...” şekilde Alzheimer hastasının da bakım verenle empati kurduğunu ima etmiştir. Standart belirleme çalışmalarına katılan ve bakımevinde çalışan Titiz ise

“...hiçbir şeyin farkında değil... Ama bilmiyoruz ki gerçekten duymuyor mu? Anlıyor mu? Hissediyor mu? Ya da ne kadarını anlıyo? Hastalığın tam olarak beyin içerisinde nasıl duygu durumu değiştirdiğini dışarıdan ne kadar görebiliriz? Anlayabiliriz ki? Empati üzerinden yapmamız lazım... Yani kendimize istemiyorsak... Onu o insan da istemiyordur... İstemez diye düşünerek o paralelde hareket etmemiz...”

şeklinde kaliteli bakım için yaklaşımın nasıl olması gerektiğini özetlemiştir. Formel bakım veren Mavi ise bakım vereni anlamak için empatinin önemli olduğuna şu şekilde vurgu yapmıştır;

*“...biz bakım yaparken (yakınları) odadan kaçıp... Aman ben dur çıkayım diyerek odadan kaçması... İşte yani kaçmaları... İşte kendi annesi babasına yemek yedirmeyen evlatların biz annelerine babalarına yemek yediriyoruz alt temizliyoruz banyolarını yaptırıyoruz...
...babam çiçekçi mesela belki annesi babası işte babaannem ve büyükbabam hasta olursa onlara bakacak ama biz burada hiç tanımadığımız insanların işlerini yapıyoruz...”*

demıştır.

Tükenmişlik / Çaresizlik

Alzheimer hastalarına bakım hizmeti verirken bakım verenlerin tükenmişliği ile ilişkili ifadeler ile karşılaşmıştır. Bakım verenlerin **tükenmişliğine ilişkin anlattıklarından yola çıkılarak, bakım hizmetini verirken yaşadıkları zorluklar ile duygu durumlarının etkilendiği ve tükenmişlik ve bakım yükü arasında bir döngü olduğu** görülmüştür. Formel bakım veren Çalışkan, bakım hizmeti verirken Alzheimer hastasının bazen içine düştükleri kısır döngülere dikkat çekmiş ve bu durumu şu şekilde ifade etmiştir;

“...bu arada hem bez kullanım hem de tuvalete giden yaşlılarımız da var. Onu tedbir amaçlı tutup... Yani illaki kaçırıyor... Ama büyük tuvaletinde... Mesela lavaboyu kullanan yaşlılar var... Bunlara da... Yine tuvaleti geldiğini bakıcımıza söylüyor... Kendi ya da belli saatleri var... Bu arada demanslı olup bezi kullanan da... Bu sıkıntıyı yaratıyor... Tuvaletim geldi... Çok kötüyüm... Ama altına yapmış... Ya da yeni tuvalete götürmüşsün getirmişsin yine var... Kaçırılmış... Değiştirir misin? Bezi kuru... Ben altına yaptım...”

Çalışkan döngüsel ve anlamsız istek ve ihtiyaçlarına dikkat çekmiştir. Alzheimer yaşlısının **hayatında olmak ve bu yükü bazen tek başına yüklenmenin verdiği sorumluluk ve hissettirdiği olumsuz duyguları yaşamının** bakım verirken kişiyi yorduğu ifade edilmiştir. Annesine bakan Beyaz;

“...arkadaşlarımla, kendi özelimde sevdiğim hiçbir şey yapamıyorum... Şikâyetim yok... Çok etkin sunumlar yaparken programlar yaparken çoğu kelimeyi hatırlayamadığım dönemler oluştu... Kendinizi suçlu hissediyorsunuz... O (bakıcı) kişiye her şeyi anlatmışsınız... Hiç bir şey saklamamışsınız... Çok az beklenti yüklemişsiniz... Bakım dışında... Son derece iyi bir psikoloji ile son derece sağlıklı bir şekilde her şeyi kucaklamanız çok mümkün değil... İnsanlar tükendikçe öfkeleri artıyor... Öfkeleri arttıkça da bedelini hem bakım veren hem de hasta ödüyor aslında...”

şeklinde bakım sürecinde Alzheimer hasta yakınlarının kendileri ve formel bakım verenlerle yaşadığı olumsuz deneyimlerine ilişkin duygularını paylaşmıştır. Annesine bakan Sessiz ise **çevre tarafından anlaşılmadığını** şu sözlerle ifade etmiş ve

“...özellikle o annemin bir iki kötü halini şeye çektim... Telefonuma kaydettim ki hani görsünler de nasıl bir şey olduğunu anlasınlar diye... Çünkü inanmıyor çoğu kişi... Gerçekten inanmıyorlar... Hastaysan kimse evinizin yolunu bilmiyor... Herkes unutuyor... Yani öyle ne komşusu geliyor ne akrabası geliyor... İşte arada bir çocuklar...”

şeklinde hasta yakınının toplumsal olarak yalnız bırakılmasından söz etmiştir.

Karısına bakan Vefalı **duygusal olarak yalnız kaldığını ve çok yorulduğunu**, belirli bir süre sonra bu nedenle bakımevinde karısının kalmasını istediğinden söz etmiş ve

“...bu hastaya bakan kişi ne olacak... Hasta zaten dünyadan haberi yok artık... Öyle bir yerde bırakmak zorunda kalıyorsunuz hanımınızı, eşinizi... Düşünebiliyor musunuz? Bana çok acı verdi bu... Bir şansım yok, çarem yok... Bırakmak zorundayım... Direkt bakıcıya bir şey söyleyemiyorsun çünkü canını sıktın mı ilgilenmez hastayla... İyi ilişkide kalmaya çalışıyorsun onunla yani ayrı bir denklem... Günahkâr bir deyim olur ama ölüm bundan daha rahat gibi geliyor bana... Bana çok farklı bir acı veriyor... Gördüğünüz olumsuzluklara da tepki gösterme şansınız olmuyor... Çünkü başka seçeneğiniz yok...”

demiştir. Karısına bakım veren Vefalı bu nedenle güvenmediği bir kurumdan hizmet almak durumunda kaldığında yaşadığı duygusal tükenmişliği ifade etmiştir. Ayrıca Vefalı, **hastalığın seyrine ilişkin kaygılarından** da söz etmiş; *“...yemek yiyor dökse de, yarın yemek yiyemeyecek... Bir müddet sonra çiğnemeyecek çünkü çiğnemeyi de bilmeyecek... Enjektörle mi vereceğiz ilacını yemeğini yani çok zor bir süreç... Onu düşünmek bile insanı çok rahatsız eden bir hastalık...”* şeklinde çaresizliğin bir başka boyutuna vurgu yapmıştır.

Bakım verenlerin bu süreçte karşılaştıkları **psikolojik ve fiziksel zorlanmalar ve sıkıntılar** olduğunu huzurevinde çalışan Sanatçı; *“...gaitayı bize bulaştırma durumu oluyor ya da psikolojik olarak bize hakaret, bizi yorduğu oluyor... Yani psikolojik olarak (bakım verenlere) bir şey yapılması gerekiyor... Bazen bizi çok zorladıkları oluyor açıkçası...”* şeklinde ifade etmiştir. Formel bakım veren Çalışkan ise bakım verenlerin karşı karşıya kaldığı bu soruna ilişkin olarak;

“...akşam vardiyasında yaşlılar tabiri caizse coşuyorlar... Sinirler tavan yapıyor... Ne kadar da uyusa gece işi aşırı yorucu... Bu ruh anlamında da olur,

eden anlamında da olur... Çünkü bu iş biraz da bedeni de artık yoruyor... Boyun fitikleri... Sinir sıkışmaları... Kişinin kendi bedeninden gidiyor..."

şeklinde sadece duygusal değil aynı zamanda vücudun fiziksel hasarlarından da bahsetmiştir. Evde bakım veren Kadın ise bakım vermenin psikolojik yönüne dikkat çekerek çok yorulduğunu ve bu durumda "...kendimi zorlardım... Ama zor olunca da sinirin bozuluyor..." diyerek tükenmişliğinin arttığını ifade etmiştir.

Sanatçı bakım sürecinde maruz kaldığı durumu ve yöneticilerin **bakım hizmetlerinde olumsuz önyargılarının** bulunduğunu ve bu durumun daha da yorduğunu ifade etmiş;

"...ben yedi yıldır bakım yapıyorum... Hayatında hiç bakım görmemiş yöneticiler gelip şu şekilde bakım yaparsanız daha iyi olur demesi açıkçası bizi üzüyor... Alzheimer hastaların ne söylediğini bilmiyorlar... Yani geliyor başka bir şey anlatıyor... Gelip bize diyorlar ki siz böyle böyle yapıyormuşsunuz... Olayın astarını bilmeden bize yüklenmeler oluyor yani... Biraz kolaylaştırmak gerekiyor diye düşünüyorum..."

demiştir. Sanatçı, kimi zaman da yöneticiler tarafından bu olumsuz düşüncelerin tükenmişliği daha da fazlaştırdığını ifade etmiştir. Bakımevinde hemşire olarak çalışan Titiz ise formel ve enformel bakım verenleri farklı bir bakış açısıyla değerlendirmiş evde ve kurumsal bakım süreçlerindeki çıkmazların farklarını;

"...18 yılımı tamamladığım zaman geriye baktığımda çok yorulduğumu, çok ödün verdiğimi... Ama bunun tam anlamıyla karşılığını göremediğimi düşünüyorum... Evde bakan daha çok yaşıyor bence... Öyle olduğu zaman kurumda bakan bunu iş olarak algılıyor... Vardiya oluyor... Belli bir süre burada kalmak zorunda... Ama evde kalan 24 saat kalıyor ve kesinlikle sosyal hayatı da bitiyor... İnsanlar yaşlısına ölünceye kadar son nefesini verinceye kadar tahammül edemediği için yatılı kuruluşlara getiriyor... Aile içerisinde tükenmişlik daha fazla ve karşılığında para da almıyor kimse... Eee şimdi burada çalışanlar para da alıyorlar ve bu hani bir doyumdur... Yani ay sonunda bu katlanılır bir durumsa... Sonucunda maddi bir şey alıyor ve o da mutluluk sağlıyor... İzinleri var, belli bir saat çalışıyor ve sosyal hayat devam ediyor... Eee tabii ki evde bakanın daha az kesinlikle..."

şeklinde ifade etmiştir. Annesine bakan Beyaz, bakım sürecinin bir yıl olmadığı kendisi için on yılı aşkın bir süredir bakım vermeye devam ettiğine dikkat çekmiştir. Alzheimer hastalarının bakım sürecinin uzun olması, bu durumda hasta yakınları ile formel bakım verenler arasında bakıma ilişkin minnettarlık, öfke, kaçınma gibi farklı duyguların hakim olduğu duygu paylaşımı geliştirdikleri görülmüştür.

Tükenmişliğin Önlenmesi

Tükenmişliğin önüne geçilmesi için bakım verenlerin aldığı önlemler içinde **bilgilenmenin önemli** olduğu, bunun yanısıra finansman zorluklarının tükenmişlikte etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca bakım verenin motivasyonunun bakım kalitesinde önemli olduğu anlaşılmıştır.

Tükenmişlikle ilgili olarak **Alzheimer hastalağı hakkında bakım verenlerin daha çok bilgilendirilmesinin** önemi üzerinde durulmuştur. Bu konuyu annesine bakan Beyaz;

“...maalesef ne ile karşılaşacağınız ne ile karşılaşmayacağınız... Ya da o sorunu yaşadığınızda neleri yaparsanız daha rahat olacağı konusunda hiçbir zaman tam bilgilendirilmedik... Biraz önce anlattığım tüm o güvenlik tedbirleri bile ben kendim uyguladım buldum... Kimse bana bunu söylemedi... Ama bunların söylenmesi... Hazırlanması gerekiyor bakım verenin... Hazırlıklı olduğunuz zaman ne yapacağınızı bildiğiniz zaman kaygı ve endişe yaşamıyorsunuz ki...”

şeklinde ifade etmiştir. Formel bakım veren Öğrenci ise bu durumu *“...biz bunun eğitimini de aldık, bize verilen eğitimler genel olarak düşünülmüş bence...”* şeklinde ifade ederek bilginin yetersiz kaldığında yaşadıkları çaresizliklerinden bahsetmiştir.

Tükenmişliğe neden olan bir diğer konunun ise finansmanla ilgili olduğu ifade edilmiştir. Karısına bakım veren Vefalı, huzurevinde olan eşi için parasal olarak yetemediğinden bahsetmiş ve bakım sigortasının gündeme alınması gerektiğini vurgulamıştır.

Bunun yanında hizmet veren bazı özel huzurevlerinin bakım için yeterince desteklenmediği, erişebilir olmadığı bu nedenle kaliteli hizmet veremediği belirtilmiştir. Bu konuya kocasına bakım veren Dengeli de katılmış, bir ay gibi kısa süre için bakımevinden hizmet aldığı süreçte yaşadıkları olumsuzlukları şu şekilde ifade etmiş ve

“...küvete girebilen giriyor... Çoğu giremiyorsa da tuvaletin üstünde yıkıyoruz... Tuvaletin üstünde yıkıyorlar... Onlar da ağlıyor yani biz bir yatırımımız var diyor devlet bize yardım etmiyor diyor... Layıkıyla yapılacaksa işte küvetlerin kırılması bile dünya kadar masraf... Pahalı bir hizmet diyorlar... Bu hani her şeyiyle yapmaya kalkarsan... Ama bize devletten hiçbir destek yok... Hiçbir mesela vergi indirimi ya da teşvik falan yok... Bizim yaptığımız bir kamu hizmeti... Ama devletin bunu anladığı yok... Toplantıda çok ağladılar, biliyorum onların dertlerini de... Hani o da yatırım olarak onlara da hem destek

vereceksin; teknik, finansal her türlü destek. Sonra da denetleyeceksin tabii...” demiştir.

Katılımcılar tarafından kaliteli bakım için **bakım verenin de motivasyonla** işini yapmasının önemi vurgulanmıştır. Çalışkan, mutlu ve huzurlu çalışmanın Alzheimer hastalarını mutlu ettiğini belirtmiş ve “*...relaks çalışma hatasız çalışmayı sağlıyor...*” şeklinde görüşünü açıklanmıştır. Aynı zamanda evde formel bakım veren Kadın, bakım verirken üzüldüğünde kırıldığında motivasyonunu korumaya çalıştığını şu şekilde açıklamış; “*...böyle hayatta hiçbir zaman küsmeyeceksin... Hayat böyleymiş ne yapalım... Böyle işte... Sadece anlatacaksın... O da inanacak ona... O kadar...*” demiştir. Formel bakım veren Öğrenci de çalışma şartlarının tükenmişliği önlediğini ifade etmiş ve “*...rahat çalışmak mutlu ediyor. Stresli ortamda şey yapmak... Çünkü 8 saat... Sürekli insanlar uğraşmak... Molasız çalıştığımız da oluyor...*” demiştir. Tükenmişliğe karşı **kendisinin aldığı tedbirleri ve önlemleri** anlatan Dengeli farklı bir boyuta dikkat çekmiş ve

“...ben sürekli... Onu... İşte... Sakalını şey yapıyorum... Hani o düşkün görüntüsünü yok etmeye çalışıyorum... O da kendim için... Yoksa sürekli evde dursam sürekli sorun olur. İşte ev kadınları neden ruh problemleri oluyor, ne çocuk için iyi, ne eşi için iyi... Ne de kadının kendisi için iyi... Mutlaka başka bir ilgi alanı olması lazım... İşte emin bir elde onun sağlıklı bir şekilde oturduğunu hissetmem lazım... Ben yoksa nasıl gelebilirim buralara...”

demiştir. Dengeli, bakım verdiği Alzheimer hastasının yaşam kalitesinin yüksek olmasının kendi tükenmişlik duygusunu azalttığını ifade etmiştir.

Bakımda Bilgi İletişim Teknolojileri Kullanımı

USB hizmetlerinde **bilgi iletişim teknolojilerinin (BİT) gittikçe daha fazla gündeme gelmesi ve kullanımının yaygınlaşması beklendiğinden** katılımcıların bu konudaki görüşlerine başvurulmuştur. Görüşmelerde BİT’in bakım kalitesine etkisi konusuna en az değinildiği görülmüştür. Katılımcılara yöneltilen “*USB hizmetlerinde BİT önemli mi?*” sorusuna karşılık önemli ve önemsiz cevaplarının yanında yakın zamanda önemli hale geleceğini savunanlar da yer almıştır.

Bakımda BİT kullanımını önemli görenler, evde bakım hizmetlerinde **konforu sağlamak için yaygınlaşacağını** savunmuştur. Katılımcıların çoğu, özellikle Alzheimer

hastalarının güvenliğini sağlamak için ev içi düzenlemeler yanında teknolojik donanımların kullanılmasının önemli olduğu ve bunun kaliteli bakımla ilişkili olduğunu vurgulanmıştır. Kocasına bakım veren Dengeli, teknoloji ile uzaktan hastaları takip etmenin önemli olduğunu;

“...şu saatte şu ilacını alacaksın unutma... Kendi başına durabilen... Ama senin de sürekli kontrol edebileceğin bir şey... İşte orada bir kadın sürekli bilgi veriyordu... Annesine monitörden açıyor ve konuşuyordu... Akıllı sistemler hani o zaman illa başına nöbetçi dikmeye gerek yok...”

şeklinde ifade etmiştir. Huzurevinde çalışan Titiz, bakım hizmetlerinde sağlık ve bakım hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması için teknolojinin önemli olduğunu şu şekilde ifade etmiş ve “...bugün baktığımda hangi hasta hangi hastaneye gitmiş, hangi tedaviyi almış onun dışında bugün hasta gelmiş mi bir kaybımız var mı?” demiştir.

Bakım hizmetlerinde BİT’in önemsiz olduğunu ifade eden katılımcılar ise bakımda insan elinin değmesinin önemini vurgulanmıştır. Karısına bakım veren Vefalı; “...teknolojide edindiğiniz aletlerle nasıl bakım sağlanabilir ki? Ve de insan gücü lazım buna... Bunu düşünüyorum... Yani aletlerle bunu nasıl sağlayabilirsiniz?” şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir. Dengeli ise bir taraftan BİT olumlu yönünün olmasına rağmen “...ne bileyim robotlar falan deniyor, ben pek inanmıyorum...” şeklinde düşüncelerini açıklamıştır.

Uzun yıllar Alzheimer alanında araştırmalar yürüten Kale, bakım hizmetlerinde teknolojinin iki nesil sonra yaşanacak ileriki süreçte gelişeceğini ifade etmiştir. Bakımda BİT’in günümüzde küçük bir sektör olduğu ve bu alanda çalışanların içinde bizzat yaşlıların da olması gerektiğini ifade etmiştir. Standart belirleme çalışmalarına katılan İstanbul ise “...bakımda teknolojinin yeri bugün... Yani teknolojik bir çağdayız... Yani gerçekten şu anda her şey robot teknolojisine dökülmüş durumda... Özel hayatı kolaylaştırmak için...” diyerek gelecekte daha fazla kullanılacağına dikkat çekmiştir.

Akademisyen olan ve kocasına bakım veren Dengeli, ayrıca Alzheimer hastaları için teknolojiden beklentisini bir başka yönden ele almış ve bakımdan başka konularda da

yardım etmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bakım verdiği Alzheimer hastası için beklentisini;

“...teknolojiden birinci istediğim o (eşinin) beyinde ne varsa alıp, insanlığın yararına kullanabilmesi... Şimdi bitti, yapabileceğimiz bir şey yok... O bilgiler o beyinde gitti yani... Keşke onu alabilse ve hani her anlamda bir faydası olsa bilgi birikimini kaybetmesek diye teknolojiden umudum var...”

şeklinde ifade etmiştir.

5.2. BAKIM HİZMETİNDE KALİTE TANIMI

Araştırmaya katılan katılımcılar “iyi bakım” kavramını tanımlamaları konusunda farklı düşüncelerini paylaşmıştır. Bu konuda standart belirleme çalışmalarına katılan İstanbul; *“...kişinin yaşam kalitesini arttırmak için yapılan hizmet...”* olarak “iyi bakım”ı tanımlamıştır. Benzer olarak Alzheimer hastalarına bakım konusunda uluslararası çalışmalar yapan Kale “iyi bakım”ı *“...üzerinde anlaşmaya varılan hizmet...”* olarak tarif etmiştir. Aynı zamanda Kale, kaliteli bakım hakkında dikkat edilmesi gereken noktalara işaret etmiş ve

“...bakım, yaşam kalitesi ile ilgilidir... Elbette sağlıklı olmak yaşam kalitesinin bir parçasıdır... Ancak uzun süreli bakım da müşterinin hayat kalitesi ile ilgilidir... Hastanın çevresine ve çevresindeki düzenlemelere bakmalısınız... Çünkü bu alanlar yaşamda kaliteyi belirleyen düsturlardır... Doğrudan ya da dolaylı olarak değil... Örneğin bakımevindeki hastayı evinden alıp tekrar hastaneye geri götürme durumlarında iyi organize olmazsanız, bakım kalitesinin düşmesi söz konusu olabilir... Hastalar kendilerini daha iyi hissediyorlar, daha az üzülüyorlar, daha az ağlıyorlar...” demiştir.

Formel bakım veren Mavi, bakım alan ile bakım verenin karşılıklı yüzlerinin gülmesinin, iyi davranmanın iyi bakımı getirdiğini belirtmiş ve *“...sevgi ve emek olmadan iyi bakım olmaz... Sabır ve vicdanla iyi bakım olur...”* şeklinde ifade etmiştir.

Formel bakım veren Çalışkan; *“...yaşlıyı tanımak önemli... Kalite için... Onu da kaliteli şekilde ölüme götürüyorsun... Hani daha az... Zarar vermeden... Daha iyi nasıl memnun edebilirsin... O var...”* şeklinde açıklamıştır. Hemşire Titiz; *“...insan onuruna yakışır bir şekilde buradaki hayatını tamamlayacaksa... İnsan gibi yaşayıp insan gibi buradan vedalaşarak gitmesine aracı oluyoruz ashında... Yaşadığı kaldığı her bir günü*

biraz daha kaliteyle geçirmesini sağlamak...” olarak iyi bakımın “İNSANCA UĞURLAMA” olarak tanımlanabilecek olan bir yaklaşımın kaliteli bakımın bir parçası olduğu ifade etmiştir.

Formel bakım verenlerden Öğrenci “...*eğer her taraf ıslıl ıslılsa ve oda kokmuyorsa ve sakinin (yaşlı) yüzü pırıl pırıl kalite çok yüksek... Bu değil... Bu olmamalı...*” diye ifade ederken **sadece kişinin ya da etrafın temizliği değil aynı zamanda bakım alanın iyi olduğunun** yüzünden anlaşılacağından bahsetmiştir. Bu konuda katılımcılardan Sanatçı; “...*kaliteli bakıldıysa ona göre ruh hali takılıyor ona göre konuşuyor sizinle...*” şeklinde kaliteli bakımın konuşmasından da anlaşıldığını belirtmiştir.

Formel bakım veren Çalışkan, kaliteli bakım ve yaşam kalitesini birlikte ifade ederek; “...*temiz kıyafet giydirirsin... Ama kişinin mutlu hissettiği kıyafeti giydirirsen daha mutlu olur... O gün mutluydu bakım iyi... Doyurmak değil... Çeşitli yemek değil de onun sevdiği yemeği yemesi...*” demiştir. Kocasına bakım veren Dengeli, yaşam kalitesi için;

“...hani mutlu olduğunu hissettiği yer... Yani buna şey olarak değil... Bilinçli olarak da değil... O bir his... O düşkün halini ortadan kaldırmak... Mutluluk anını artırmak... Yaşam kalitesi... Öyle bir şey bence... Ama gelirim kaybedersen yaşam kalitemi de kaybederim...”

ifadesi ile bakımın farklı bir boyutlarına dikkat çekmiştir. Formel bakım veren Çalışkan, kaliteli bakımın aslında kaliteli ölüme gitme olduğu ve zarar vermeden, memnun ederek bu sürecin yönetilmesi üzerinde durmuştur. Bakım verenin vicdanen rahat olması gerektiği için elinden gelenin en iyisini yaparak bu süreci yönettiklerini ifade etmiştir.

Alzheimer **hastaları ile iletişimin önemsenmesi** gerektiğini vurgulayan Kale; “...*yaşam kalitesine ulaşmak için, insanlar arasındaki diyalogu çok önemsemelisiniz. Daha önce de belirttiğim gibi, kalite yönetiminden ve kalite yönetim sisteminden geliyorum ve oradaki en önemli yapı bu planlamaları nasıl yaptığınızdır...*” şeklinde açıklamıştır. Şu şekilde devam etmiş ve

“...kaliteden ödün vermeden uzun süreli bakım örnek olarak... İnsandan... Kişi ve kişinin yaşam sisteminden başlar. Yaşam sistemi kavramını ve ardından gelen

dünya sistemi kavramını aslında... Bilmiyorum... Yani sistem dünyası... Ve uzun süreli bakım söz konusu olduğunda, bireyin hayatına değecek durumlar yavaş yavaş oluşuyor...”

demiştir. Kale, bakım sürecinde kişinin yaşamışlığını dikkate alan yaklaşımlarla bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Ayrıca Kale, “...Alzheimer (hastasına bakım) için kişinin etrafındaki farklı insanları içermelidir...” demiştir. Bakım standartlarını belirleme çalışmalarına katılan ve hemşire olan Titiz: “...ama huzurevi yaşlısı da olsa Alzheimer-demanslı da olsa fark etmez, onları bir tık öteye geçirebilir miyiz?” demiş ve kaliteli bakım için yaşam kalitesini artırma amacıyla olduğunu paylaşmıştır.

5.2.1. Metaforlar

Bakım verenlerin kaliteli bakımı tanımlamalarında düşüncelerini daha iyi anlamak için araştırmanın başındaki görüşmelerde yöneltilen ve görüşme yönergesinde yer alan bir metafor sorusu olarak “Kaliteli bakımı bir imgeye benzetmek isterseniz neye benzetirsiniz? Neden?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılara “iyi bakım”ı bir imgeye benzetmek isterlerse neye benzettikleri sorulduğunda ise Beyaz; ‘**kapsayıcılık**’ ifadesini kullanmış ve “...tüm hizmetler içinde olmalı... Sağlık... Bakım...” şeklinde ifade etmiştir. Katılımcılardan Çalışkan, ‘**sonsuzluk**’ demiş ve “...rutini olmayan bir iş, her gün yeni bir durumla karşı karşıyasınız... Her seferinde yeni bir şey öğreniyorsunuz... Yeniden resim çiziyorsunuz...” demiştir. Çalışkan, yine başka bir metafor kullanmış ve her gün yaşadıklarına dayanarak ‘**Bukalemun**’a benzetmiş ve “...kargaşa... Hüzmün... Neşe... Her an bir durum var ve siz buna uymak durumundasınız... Ruhunuz bukalemun gibi...” demiştir.

Katılımcılardan yönetici olan Başkan, kaliteli bakımı ‘**gelinlik kıza**’ benzetmiş ve

“...bir gelinlik kıza benzer ya da genç bi kıza benzer... Hani bir genç kızın pek çok talibi vardır... Ama bir kişiye nasip olur ya da o kız bir kişiyi ister pek çok talibi vardır ama... Yani kalite bana biraz onu yansıtır... Yani insanlar istiyor... Çünkü kalite beraberinde rekabeti getiriyor... Beraberinde başarıyı getiriyor aslında... Buna talip olan kişi pek çok kişi talip olur... Çünkü bunun ucunda ödül mekanizması olduğu için...”

demmiştir. Yine katılımcılardan üst düzey yönetici İstanbul, ‘**uçakla seyahat**’e benzetmiş ve “...aklıma uçakla seyahat etmek geliyor... Çünkü o bir konfor oluyor artık...” ifade etmiştir. Katılımcılardan huzurevinde bakım veren Sessiz ve Sanatçı ‘**temizlik**’ metaforunu kullanmışlar ve Sessiz; “...kaliteli bakımda temizlik... Dikkat... Yani bunlar... Çok önemli... Bilmiyorum benzetme olarak...” demiştir. Sanatçı ise “...yani temizlik konusunda... Beslenme konusunda... İlgi konusunda... Moral konusunda... İşte yatacağı odanın havalanması... Temizliği... Banyosu...” şeklinde açıklamalarda bulunmuştur. Katılımcılardan Titiz; ‘**sağlıklı bir çocuğa**’ benzeterek;

“...hani sağlıklı çocuğun saçları parlaktır, göz teması kurar, size gülücük atar, kilosunu yerindedir, her anında mutludur. Sürekli bıcır bıcırdır. Yani verdiğiniz en ufak bir uyarıya fazlasıyla karşılık verir sizi mutlu eder ya sonuç olarak da, ben sağlıklı bir çocuğa benzetirdim. Her anlamda sağlıklı...”

şeklinde düşüncelerini ifade etmiştir.

5.2.2. Empati

Katılımcılara görüşmelerde metafor sorusunun yanında empati sorusu yöneltilmiştir. Dolayısıyla metafor sorusunda zorlanan katılımcılara empati sorusu sorulmuştur. Bakım verenlerin kaliteli bakımı tanımlamalarında düşüncelerini daha iyi anlamak için yöneltilen ve daha sonra görüşme yönergesine eklenen empati sorusu “Siz bir Alzheimer hastası olsaydınız nasıl bir bakım isterdiniz?” olmuştur. Alınan cevaplarda **genellikle evde bakımı tercih ettiklerini** bildirmişlerdir. Katılımcılar, çocukları tarafından bakılmak istediklerini ya da bir bakıcı tarafından evinde ve ailesinden uzaklaşmadan bakım almak istediklerini ifade etmişlerdir. Sadece huzurevinde çalışan formel bakım veren bir kişi kurumsal bakımı tercih ettiğini söylemiştir. Aynı zamanda katılımcılar bakım hizmeti alırken **özgürlüklerinin kısıtlanmamasını, fazla ilaç kullanmak istemediklerini, yemeklerin önemli olduğunu, tadı ile yemek istediklerini** (püre yapmadan) ifade etmişlerdir. Bakımlarında temizliğe dikkat edilmesini özellikle vurgulamışlardır. Güvenliklerinin sağlanmasını, mahremiyetlerine önem verilmesini, bakım verenler tarafından sevgi ve saygı görmek istediklerini vurgulamışlardır.

5.3. HİZMET KALİTESİNE YÖNELİK ÖNERİLER

Araştırmaya katılanlar kaliteli bakıma ilişkin öneriler geliştirmiştir. Kaliteli bakım için Alzheimer hastasının çevresinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu konuda Kale, Alzheimer hastalarının “ÇEVRESİNİN TAŞINMASI” **gerektiğini ifade etmiş ve evden hastaneye, oradan huzurevine giderken iyi koordine olmak gerektiğini** vurgulamıştır. Standart belirleme çalışmalarına katılan Beyaz, Alzheimer hastalarının hastaneye gitme, hastanede sıra beklemesi, kalmasının sıkıntılı bir hal aldığını çoğu zaman bu yorucu sürecin hastayı olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Bu konuda Beyaz, paylaştığı bir anısında, hastaya yönelik hizmetlerin koordine edilmesi gerekliliğini vurgulanmıştır;

“...hastalıkla ilgili zorlu süreci annemin tıbbi bakımı ile ilgili yaşadım diyebilirim... Bu konunun en duayen isimlerinden destek aldık gerçekten... Ve en iyi hastanenin en iyi hocalarından fakat... Şöyle bişi... Gittiğiniz zaman (gülme)... O kişiye çok güveniyorsunuz ama... Bakım verenler aslında çok düşünülmeden o hizmetler veriliyor... O koridorlarda özellikle ajitasyonların yoğun yaşandığında beklemek... Özel muayene alsanız bile beklemeniz gerekiyor... Beklemek, o süreci geçirmek... Çok zor... Tekerlekli sandalyede olduğu zaman... O hastanelere gitmek... Bir takım yerler merdivenli... Ulaşılabilirlik artırılsa da hala sıkıntı yaşayan yerler var... Türkiye'nin en büyük hastanesinden en iyi hastanesi olarak nitelendirilen yerlerden bu destekleri alıyoruz... Ama ben annemi götürmek istemiyorum... Şöyle olsa keşke... Ama pratisyenler, yeni uzmanlar değil... Gerçekten... Her seferinde farklı doktor değil... Evimize keşke hocamız... Yani hastanelerin böyle bir uygulaması olsa... Periyodik olarak gelse... Çünkü biz artık gidebilir durumda değiliz... Bizim muayenemizi yapsa... Ardında gerekli tahliller kimin tarafından hangi laboratuvarlarda yapılması gerekiyorsa... Alınsa götürülse... Bize sonuçlar üzerinden bilgiler verilse... Biz de ne kendimiz ne annemize zorlukları yaşatmasak. Çünkü biz annemizi en son hastaneye kontrole götürdüğümüzde, iki kez acile kaldırdık... Yani bir hastaneden çıkıp öteki hastanenin aciline yattık... Biz kalp krizi geçiriyor zannettik... Oysa hastane ortamından çok rahatsız olduğu için ciddi bir atak geçirmiş... İkisinde de sabaha kadar acilde kaldık... Bunu yaşamayı hak etmiyorduk bence... Bu çok önemli bir destek... Tabi bakım desteği de... Keşke temizliğe gelinse... (gülme)” demiştir.

Bakım hizmetlerinde kalitenin önemli olduğuna dikkat çeken Kale, sağlık hizmetinde hatanın ölümle sonuçlanabilir olmasına ve kalitenin yaşamsal boyutta öne çıktığına dikkat çekmiştir. Kale, **bakım hizmetlerinde hatanın yaşam kalitesini etkilediğini, fakat düzeltmek için zamanın olduğunu** eklemiştir. Kalitenin hatalardan ders

çıkarılan sistem olması, fırsatların iyi değerlendirilmesinin hizmette kalite gelişimine katkı vereceğini belirtmiştir.

Alzheimer hastalığının giderek daha yaygın hale gelmesinden dolayı özgün ve etkin hizmet stratejilerin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmış ve katılımcılardan Vefalı, bunu aşağıdaki şekilde ifade etmiş ve

“...bir bakım sigortası lazım...2050’de Türkiye dünyada ilk dörde girecek Alzheimer’da... Bunu önceden düşünüp de önlem almamız gerekmiyor mu ülke olarak? Bu sadece benim sorumluluğum değil... Şu an Mersin’de kayıtlı olarak 10 binin üzerinde, Türkiye’de 400 binin üzerinde var... Mutlaka devlet bir el atmalı yani. Sağlık Bakanlığı mı bakar, Aile ve Çevre Bakanlığı mı bakar, hangi birim bakacaksa buna eğilmeli ve bir an önce çözüm bulunmalı...” demiştir.

Bakımın farklı boyutlarına değinen Dengeli, kurumsal bakıma ihtiyacın artacağına dikkat çekmiş ve

“...sosyal bakım ya da sizin gibi Aile Bakanlığı’nın bakım ve yaşlı departmanının tek başına yapacağı bir şey değil bu... Herkesin bu işin bir yerinden tutması lazım... Çünkü bi bir toplumsal sorun... Param var... Paramla rezalet... Hani parasını vererek de yok? Parasız zaten yok da hani parasını verdiği zaman da yok... Yani onun karşılığında madem paran var... Oranın karşılığında bir hizmet alma şansının olmasını istiyorum ben en azından... Evde veya kurumda... Huzur evlerini çok iyi denetlemek lazım da işte personel yok doğru dürüst...”

şeklinde bakımda finansman ve hizmet açmazını özetlemiştir. Hemşire Titiz ise

“...artık hiçbirimiz hemen hemen ev ortamında sanki yaşlılığımızı devam ettirip son nefesimizi veremeyeceğiz gibi... O yüzden hizmet kalitesinin yükselmesi lazım ki bizler de daha kaliteli, daha güzel, daha sağlıklı, daha böyle güvende hissedebileceğimiz, mahremiyetin de korunduğu, iyi bir hizmetin verildiği kuruluşların hızlı bir şekilde olması lazım...”

şeklinde kaliteli bakım hizmetini geliştirme çalışmalarına dikkat çekmiştir.

5.4. KALİTE ANLAYIŞINDAKİ FARKLILIKLAR VE BENZERLİKLER

Araştırmanın veri analizinin ikinci aşamasında “iyi bakım” algısına yönelik olarak bakım verenler ile standart belirleme çalışmasına katılanlar arasında bir farklılık olup

olmadığına bakılmıştır. Aynı zamanda bu iki grupta yer alan ve ailesinde Alzheimer hastalarına bakım verenler üçüncü grup olarak ele alınmış ve “iyi bakım” algısına dair düşünceleri öğrenilmiştir.

Tablo 36. Gruplara Göre Kalite anlayışının Karşılaştırılması

	Alzheimer yakını olmayanlar	Alzheimer yakını olanlar ve bakım verenler
BHKS belirleme çalışmasına katılanlar	Standart olmalı	Mutlu olmalı
Formel bakım verenler	Yüzüm gülmeli- Yüzü gülmeli	Mutlu olmalı

Tablo 36’de görüldüğü gibi “iyi bakım” algısına dayalı olarak bakım hizmetinde Alzheimer hasta yakınları bakım verdikleri yaşlıların mutlu olmasını referans aldıklarını, buna karşın formel bakım verenlerinse kendilerinin de mutlu olmasının bakım verdiklerini etkilediğini ifade etmişlerdir. Öte yandan BHKS çalışmasında görev alan katılımcılar ise kaliteli bakım için standartlarının belirlenmesinin önemine vurgu yapmışlardır.

Araştırmada, göze çarpan bir diğer durum ise BHKS çalışmalarına katılan ve klinik psikolog olan ve Alzheimer hasta yakını olan Beyaz ile formel bakım veren ve Alzheimer hasta yakını olan Çalışkan’ın düşüncelerinin benzer olması çarpıcı bulunmuştur. Beyaz, şikâyetçi olmasa da bakım sürecinde kendine zaman ayıramadığından, kendinden ve sosyal yaşamından feragat etmek zorunda kaldığından bahsetmiştir. Formel bakım veren Çalışkan ise huzurevinde 47 yaşlının bakımından sorumlu olduğu ve Alzheimer yaşlılarına birebir hizmet verdiği halde evde Alzheimer hastası yakınına bakım vermede zorlandığını ifade etmiştir. Çalışkan; iş ve çalışma hayatının olmasının bunun yanında eş ve çocuk sorumluluğunun bulunmasının aynı zamanda aile üyelerinden de yardım almasına rağmen Alzheimer yaşlısı yakınına bakım vermesinin yoruculuğuna dikkat çekmiştir. Hem formel hem de enformel bakım veren evde Alzheimer hastasına bakım hizmetinin yıpratıcılığından bahsetmiştir.

Evde Alzheimer hastasına 24 saat bakım veren Beyaz ile huzurevinde bakım veren Çalışkan'nın hastalar için inisiyatif kullanma durumunda olmalarının bakımın daha da yorucu hale gelmesine neden olduğuna dair aynı düşüncede olması çarpıcı bulunmuştur. Çalışkan, mesai sonrasında bakım sürecinden ve sorumluluktan kısmen de olsa kopmakta ancak Beyaz, 24 saat üzerinden bakım ve sorumluluğunun devam etmesinden dolayı, fiziksel, ruhsal olarak daha fazla yorulduğunu ifade etmiştir.

Genel özet olarak; formel ve enformel bakım verenlerin ortak kanısı, Alzheimer hastasının anlamadığı ya da anlatamadığı ancak hissettiğidir. Katılımcılar, görüşme sırasında kaliteli bakımın geliştirilmesi için hasta yakınları ile daha çok araştırma yapılması gerektiğini dile getirmişlerdir. Alzheimer hastalarına özel programlar geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Alzheimer hastalarına yönelik politikalar üretilmesi ve bakım desteklerinin kolaylaştırıcı olması, zorlaştırıcı olmaması yönünde görüş ve düşüncelerini öneri olarak iletmışlerdir. Alzheimer hastalarına yönelik ihtisaslaşmış bakımın olması gerektiği vurgulanmıştır. Standart belirleme çalışmalarına katılan fizyoterapist Harley, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sosyal bakış ya da medikal bakış getirdiğini, ancak bakım hizmetinin bunun yerine bütüncül ve deformasyona uğramadan yerine getirilmesi gerektiği vurgulamıştır. Standart belirleme çalışmalarına katılan psikolog Beyaz ise Alzheimer hastalarına yönelik ihtisaslaşmış bakımın ayrı mekânlarında sunulması yerine toplum içinde toplum temelli bakım ve rehabilitasyon hizmeti olması gerektiğini vurgulamıştır.

VI. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Avrupa Konseyi'nin “*Evrensel İnsan Hakları Çerçevesinde Yaşlı Hakları*”, BM “*Yaşlı Hakları*” çalışmaları kapsamında ise insan onuruna saygılı “*bakım*” ve “*palyatif bakım*”ın sağlanmasına dair haklar belirlenmiştir. Ayrıca BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi-Avrupa Ekonomik Komisyonu-Yaşlılık Çalışma Grubu, Madrid Eylem Planı 2012-2017 döneminde “*bakımın güçlendirilmesi ve yeniliklerin geliştirilmesi*” düsturu bu alandaki çalışmaları motive etmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer alan “*sosyal devlet*” ve “*sosyal güvenlik hakkı*” yaşlılara dolayısıyla Alzheimer hastaları gibi özel olarak korunması gereken bireylere bakım hizmeti verilmesini hükme bağlamıştır. Buna göre yaşlılarla ilgili alınacak her türlü tedbirin Anayasanın eşitlik ilkesine aykırı olmayacağı yönünde pozitif düzenleme bulunmaktadır. Bu hüküm gereği bakım güvencesi teminat altına alınmıştır. Diğer taraftan, “*Engelliler Kanunu*” (2005) da yaşlı engellilerin bakım ve sosyal güvenliğinin sağlanmasını hükme bağlamıştır.

Diğer yandan doğurganlık oranının azalması neticesinde nüfusun yaşlanması, USB hizmetlerine talebi artırırken, yerel işgücü piyasalarında geleneksel hane içi bakım hizmetlerinde karşılıksız kadın emeğinin eskiye oranla çok daha düşük kullanılabilmesi çerçevesinde USB hizmetlerinde arz açığını ortaya çıkarmaktadır. OECD ülkeleri bu çerçevede; USB ve bakım hizmet sunumunda oluşan bu açığın giderilmesi için alternatif ve kalıcı politikalar oluşturmaya çalışmaktadır (Bal, 2016). OECD tarafından yapılan çalışmalarda, batı ve kuzey Avrupa ülkelerinin bakım sisteminin ve sağlık sisteminin ayrılması gerekliliği vurgulanmıştır. Ülkelerin kendi USB sisteminin oluşturulması ve ilerleme kaydetmesine rağmen yaşlı insanlara bakım hizmetlerini ulaştırmada halen düzensizlik ve güvensizlikler yaşandığı belirtilmiştir. Ayrıca USB sistemlerinin gelişimine katkı vermek için bakım kalitesini daha iyi tanımlama ve ölçülmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bakımda kalite kavramlarının, sağlık hizmetleri için tasarlanmış kavramlardan ve göstergelerden genişletilmiş, uyarlanmış ve çeşitli derecelerde ödünç alınmış olduğu ifade edilmiştir. USB sistemlerinin oluşturulması gibi

bakım hizmetlerine özgü kalite çalışmalarının yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. USB hizmetlerinde, sağlık/sosyal bakımın içiçe sorumlulukların bulunması ve bakım verenlerin (enformel/formel) ilk halkada görev alması, kaliteli bakıma ilişkin değerlendirme mekanizmalarının kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Kaliteli bakım hizmetleri için hem hastaların iyi beslenmiş ve temiz olmaları hem de sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını, tercihlerini hesaba katan, dar tanımlardan uzaklaşmış, bütünsel bir yaklaşımla bu hizmetin verilmesi gerekliliği belirtilmiştir (OECD, 2013).

Mülga ASPB devamı olan AÇSHB kuruluş kanununun 2. ve 10. maddelerinde engelli bakım ve rehabilitasyonu ile ilgili ulusal düzeyde uygulanacak standartlar belirlenmesi ve standartlara uygun hizmet sağlanması yer almıştır. ASPB Stratejik Planında (2012-2017) “*bakım, koruma ve Alzheimer hastalarının rehabilitasyonuna yönelik minimum standartların belirlenmesi*” hedefi bulunmaktadır. Bu doğrultuda bakım hizmetlerinin uluslararası norm ve standartlara uygun olarak geliştirilmesi çalışmaları yapılmıştır. Bu amaçla, AÇSHB tarafından “*Bakım Hizmet Kalite Standartları*” çalışması 2013 yılında başlatılmıştır. Aynı zamanda Bakanlığın 2016-2018 yıllarını kapsayan “*Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Geliştirilmesi*” Projesi kapsamında “*Demans Bakım Modeli*” raporu hazırlanmıştır. Raporda, Alzheimer hastalarını yaşamın içinden koparmadan bakım hizmeti verilmesi sağlanması için fiziki düzenlemeler, hizmet standartları ve kalite göstergelerinin özgün tasarlandığı “*Alzheimer Dostu Bakım*” hizmet modeli önerilmiştir (ASPB, 2018).

Yaşlılık, hastalık, engellilik, birbiri içine giren durumlar karşımıza çıkabilmektedir. Aynı zamanda insanlar hayatlarının bir bölümünde süreli olarak hastalık ve/veya sürekli olarak engellilik ve yaşlılık durumlarında bakım hizmetine ihtiyaç duyabilmektedir. Lakin USB hizmet modellerine yani kurumsal ya da evde bakım hizmetlerine en fazla yaşlıların ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Yaşlılıkta, engellilik durumunun ortaya çıkma olasılığı artmakta aynı zamanda hastalıklarda sıklaşmaktadır. Bu nedenle USB hizmetlerinin odağı genellikle yaşlılık dönemindeki insanlara kayabilmektedir. Aynı zamanda her yaşta bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulabildiği gibi bazı kişiler için hiçbir zaman bu ihtiyaç doğmayabilir. Alzheimer hastaları ise yaşlı bakım hizmetleri içinde

özel bakım getiren ve yaşam sonu desteğe ihtiyaç duyan bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlanan nüfus ile karşılaşan Türkiye de, özellikle son 8-10 yıl içerisinde bu durumun hızla artıyor olması, yaşlıları ve yaşlılık alanında çalışan meslek elemanlarını, bilim adamlarını, yerel yönetimleri, sivil toplum örgütlerini ve politika belirleyicileri harekete geçirmiş ve bu alana yönelik çalışmaları yoğunlaşmıştır. Bunun bir sonucu olarak da, bakım ihtiyacında olanların bakım sorumluluğunun sadece aile ve yakınlar ile çözümlenemeyeceğinden hareketle, var olan kurum bakımı hizmetleri gözden geçirilmesi, alternatif hizmet modellerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına dönük çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Bir diğer önemli ve olumlu gelişme de, “*toplum temelli bakım*” kavramının tartışılmaya başlanmasıdır (Önal Dölek, 2012). Türkiye’de USB sistemin; öncelikle sürdürülebilir olarak finanse edilebilen, devletin finansmana katıldığı, özel sigortanın da teşvik edilerek sisteme dahil edildiği, sade ve sistematik bir yasal çerçevede, hem kurumsal hem evde bakım hizmetlerini içeren ve mevcut enformel-formel yapının birbiriyle iyi bir şekilde koordinasyonunu sağlayan orta-uzun vadede formel olarak işleyecek şekilde yeniden yapılandırılması önerilmektedir (Bal, 2016)

Yaşlanan nüfusun bakım ihtiyacının evde yakınları tarafında yaygın olarak verildiği anlaşılmaktadır. Evde bakım hizmeti öncelikle enformel bakım verenlerin üzerinde olan bir sorumluluk olarak görülmektedir. Resmi bir statüsü olmasa da bakımı yapan kişi en temel insangücü- enformel/formel bakım hizmeti verenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplum temelli bakım hizmetleri kapsamında enformellerin verdiği evde bakım hizmetleri, formel bakım verenler, gönüllüler, gündüzlü bakım merkezlerinin verdiği hizmetler ile desteklenebilir. Aynı zamanda bakım, rehabilitasyon hizmeti ile birlikte verildiğinde hizmeti alanın bağımsızlaşmasını ya da kayıplarının azaltılmasını sağlamaktadır. Alzheimer hastalarının belirli aralıklarla GYA bağımlılık düzeyleri ölçülerek farklı düzeylerde bakım desteği, gerekiyorsa rehabilitasyon sağlanabilir. Bunun için formel ya da enformel bakım verenler ile birlikte hemşire, fizyoterapist, psikolog, hekim, ergoterapist, sosyal çalışmacı vb. birlikte ekip anlayışı içinde bireye özgü bakım ve rehabilitasyon programı oluşturulmalıdır. Toplum temelli bakım

hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve koordinasyonunu sağlamak için vaka yöneticisi ile desteklenen bir sistem kurulmalıdır.

Evde bakım hizmetleri yani toplum temelli bakım hizmetleri daha fazla konuşulur hale gelmiştir. Alzheimer hastalarına sunulacak toplum temelli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde kalite boyutları belirlenirken bakım verenlerin odağa alınması gerekmektedir. Bakım verenin bilgisi, inisiyatif alması, karar verme ve sorumluluk üstlenme yeteneğinin belirlenmesi, tükenmişlik düzeyinin ölçülmesi, sağlık göstergelerinin izlenmesi vekişisel özelliklerinin uygun olması gerekmektedir. Bu nedenle bu kalite kavramlarına ait göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir. Bunun yanında günlük yaşam aktiviteleri desteklenmesinde hijyen kurallarının takip edilmesi, bilgi iletişim teknolojileri kullanımının varlığı, çevresel güvenlik önlemlerinin alınmış olması, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verenlerin yeterlilikleri, finansmanın sağlanması gibi unsurların da evde bakım hizmetlerinin kalite boyutları açısından garanti altına alınması gerekmektedir.

Toplum temelli bakım yanında kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesine bir o kadar ihtiyaç bulunmaktadır. Hem evde bakım hemde kurumsal bakımı içeren USB hizmetleri kurgulanmalıdır. USB hizmetlerinin tasarlanması, hizmetin gelişimi için özgün kalite standartlarının oluşturulması gerekliliği bulunmaktadır. Kaya'nın aktarımına göre kalitenin öğeleri olarak, birinci öge teknik hizmetin kalitesidir. Teknik performans, uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı ile bu stratejileri uygulamadaki beceriye dayanır. Kalitenin ikinci ögesi, hizmetle ilgili herkes arasındaki, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki, kişiler arası ilişkinin iyiliğidir. Kalitenin üçüncü ögesi, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir. Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve hatta estetik özellikleri içerir. Bu üç öge birbiriyle ilişkilidir. Özellikle, kişiler arası ilişki iyi değilse, bireyler problemlerinin ne olduğunu ya da onun için ne yapılmasını istediğini söyleyemeyebilir. Benzer şekilde, hizmet verenler de iyileşmesi için ne yapması gerektiğini hizmet alanın anlamasını sağlayamayabilir veya yapması gerekeni iyi bir şekilde yapması için motive

edemeyebilir. Kişiler arası ilişkideki başarı, teknik hizmetteki başarıya katkıda bulunur ve bunun tersi de doğrudur (Kaya, 2013).

Bakıma özgü kalite standartlarının geliştirilmesinde teknik kalite yanında tarafların yaşam kalitesini öne çıkaran kalite algısının önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Bu nedenle Alzheimer hastalığı özelinde “*Alzheimer hastalığı özelinde uzun süreli bakım hizmetleri kalitesinin, hizmet verenler (formel/enformel) ve kalite standartları (dolayısıyla politika belirleyiciler) tarafından nasıl algılandığının anlaşılması*” bu çalışmanın temel sorusudur. Özellikle Alzheimer hastalığında olduğu gibi mental bozukluk, gerilik ve hastalık bulunan bireylere verilen bakım hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için tarafların duygu ve düşüncülerinin önemi bulunmaktadır. Mental sıkıntıları bulunan bireylerin geri bildirimlerinde güçlüklerinin bulunmasından dolayı inisiyatif alan bakım verenlerin ve standart belirleyenlerin algılarına göre hizmet kalitesinin olgunlaştığı görülmüştür.

Bakım kalitesi için tezde, USB hizmetlerinde kalite kavramının dünyada makro boyutta nasıl ele alındığı, Türkiye’de USB hizmetlerinin nasıl bir yapılanma içinde olduğu incelenerek hem genel kavramlar ele alındı hem de Türkiye’de iyi bakım için nasıl bir teknik kalite alt yapısının olduğuna bakılmıştır. Lakin iyi bakım algısının, bakım verenlerin bakış açısıyla yoğrulması ve dolaylı da olsa kalite standardı belirleyenlerin bilgi ve algılarına dayalı olmasının belirleyici olduğu düşünülmüştür. Araştırmada kalite algısı, daha çok hasta-hizmet sunucusu (bakım veren) ve standart belirleyen düzeyinde ele alınmıştır. Katılımcıların iyi bakımı tanımlamalarının da ikili ilişkilerde öne çıkan kavramlar etrafında örüntülendiği görülmüştür.

Bu çalışma, Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri konusunda özellikle Alzheimer hastalarına yönelik nitel bir çalışma olarak özgün bir çalışmadır. Bu alanda sınırlı sayıdaki nitel araştırmanın olduğu da dikkate alınırsa kalite algısına yönelik alanda bilgi üretilmesi açısından önemli katkı sunmuştur. Özellikle Alzheimer hastalarının anladığı ve duygularını kendine has olarak anlatabildiği ifade edilmiştir. Alzheimer hastalarının yaygın kanı olarak anlamadığı konusunda yanlışlığı olduğunun altı çizilmiştir. Alzheimer hastalığında bellek yıkımı olup bilinç kaybı olmamasından dolayı kendini anlatabilme

yeterliliğinde kayıpların olduğu görülmüştür, Türkiye’de daha önce Alzheimer hastaları özelinde kalite algısını inceleyen nitel bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Alzheimer hastaları için iyi bakım algısını öğrenebilmek için seçilen nitel araştırma yöntemi ile özgün kavramlar ortaya çıkmıştır. Araştırmada, Donebedian sağlık hizmetleri kalite kavramlarının bakım hizmetlerinde de kullanılmasından dolayı USB hizmetlerinde bu kalite kavramlarının yer bulup bulmadığına bakılmıştır. Bunun ötesinde söz konusu kalite tanımlamaların sağlık hizmetine benzer olarak bakım hizmetinde de aynı anlamı taşıyıp taşımadığı incelenmiştir. Araştırmada, bu bilginin ötesinde Alzheimer hastalığına özgü bakım kalite kavramlarının (hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik, koordinasyon, mahremiyet, bakım verenin tutumu, değerler, iletişim, inisiyatif kullanma, sorumluluk alma, özveride bulunma, sakinleştirme, ikna etme gibi kavramların yanında empati kurma bakımında bilgi iletişim teknolojileri kullanımı ve tükenmişlik / çaresizliği önleme) olduğu ortaya konmuştur.

Bakımda kalite kavramları belirlenmek istendiğinde, hizmet kalitesinin algıya dayalı olarak ölçülmesinin genellikle tercih edildiği görülmüştür. Bunun nedeni ise hizmetlerin soyut olmalarından kaynaklanmaktadır. Örneğin “*hizmet kalitesi*” yanında “*algılanan hizmet kalitesi*” kavramının da kullanıldığı anlaşılmıştır. Algılama (idrak etme) sözcüğü, “*duyularımız aracılığıyla dış dünyanın var oluşunu ve özelliklerini tanımak*” şeklinde tanımlanmıştır. Algılanan hizmet kalitesi ise “*hizmet alanın, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısı*” ya da “*sezgileri*” olarak ifade edilmiştir (Deniz, 2016). Tezde, algılanan kalite olgusuna göre USB hizmetleri kalite kavramlarına ilişkin, bakım hizmeti verenler ile standart çalışmasına katılanların algıları arasında farklılık bulunup bulunmadığı anlaşılmaya çalışılmıştır. Hizmet verenler ile kaliteli bakım konusunda BHKS belirleme çalışmalarına katılanların (dolaylı politika belirleyici olarak düşünülen) algıları arasında yaşam kalitesi tanımlamasında farklılıklar bulunmaktadır. Standart belirleme çalışmalarına katılanlar, iyi bakım tanımlamasında standartları öne çıkartmaktadır. Ancak çalışmaya katılanlar ve bakım verenler (formel/enformel) Alzheimer yakınları olması durumunda iyi bakım ile yaşam kalitesi ifadesi olan “*mutlu olma*” durumunu özdeşleştirmektedir. Bunun yanında Alzheimer yakını olmayan bakım verenler, iyi bakım algısında “*hem kendilerinin hem de bakım*

verdiklerinin mutlu olması” gerekliliğini ifade etmektedir. Ortak olarak kalite algısı yaşam kalitesi odağında olduğu görülmüştür.

Bakım hizmetlerinde kalite algısının Alzheimer hastalığı özelinde de benzer olarak kaliteli bakımın göstergesi olarak yaşam kalitesi üzerinde duran çalışmalara rastlanılmıştır. Bu bağlamda Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında, kaliteli bakım hizmetini *“yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştiren veya sürdürmeye çalışan ve sürekli olarak katkıda bulunan hizmet”* olarak tanımlamıştır. Araştırmada da benzer olarak yapılan kaliteli bakım hizmeti tanımlamasında; *“kişinin yaşam kalitesini arttırmak için yapılan hizmet”* olarak belirtilmiştir. Ayrıca *“kaliteli bakım teknik açıdan; üzerinde anlaşmaya varılan hizmet”* olarak da tarif edilmiştir. Araştırmada, Alzheimer hastasının yaşam kalitesi göstergesi olarak mutlu olması ve sevdiği giysiyi temiz olarak giymesinin sağlanması ifade edilmiştir. Aynı zamanda, Alzheimer hastalarını ömürlerinin son döneminde onurları ve saygınlıkları korunarak *“İNSANCA UĞURLAMA”*nın iyi bakımın bir parçası olduğu belirtilmiştir. Alzheimer hastaları özelinde algıya dayalı kaliteli USB hizmetlerinin nasıl olması gerektiğine dair yapılan bu çalışmada, algının hastalarının mutlu olması kadar bakım verenlerin tükenmişliğe karşı tedbir alınması yönünde de olmuştur.

Alzheimer hastalığında bakımın teknik kalitesinin yanında bireyin yaşam kalitesine özgü kalite standartlarının da dikkate alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Katılımcılar *“yüzünün gülmesi”*, *“mutlu olması”* gibi ifadelerle yaşam kalitesine işaret etmişlerdir. Bu durumların yaratılması için bakım verenlerin özgün yaklaşımları ile hastanın yaşadığı ortamda, yaşamışlığına-saygınlığına ve ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetleri planlanmaları gerekmektedir. Alzheimer hastaları ve yakınlarının yaşam kalitesini geliştirmek amacıyla ileri araştırmaların geliştirilmesi önerilebilir.

Kalite hem bakım hem sağlık hizmetlerinde önemli bir unsurdur. Sağlıkta kalite çalışmalarının amaçları arasında, hasta bakım kalitesini geliştirmek, hasta ve çalışanlara yönelik riskleri en aza indirmek ve sağlık hizmetlerini en üst düzeye çıkarmak bulunmaktadır. Evde sağlık/bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde, kalite standartlarının

belirlenmesi ve hizmetlerin bu standartlara uygun bir şekilde verilmesi büyük önem taşımaktadır (Baykal ve Seçginli, 2016). Sağlık ve bakım ve hizmetlerinde kalite yaklaşımları kıyaslandığında, sağlık hizmetinde yapılan bir hatanın yaşamla ödendiği durumlar yaşanabildiği ancak bakım hizmetlerinde hatayı telafi edecek bir zamanın olduğu vurgulanmıştır. Ortaya çıkan yaklaşım; bakım hizmetlerinde hatanın öğrenme fırsatı yarattığı, kaliteli bakım için avantaj olarak görülebileceğidir. Bakım hizmetlerinde kalite gelişiminin sağlanması için bu avantajın kullanılacağı önerilebilir.

Araştırmada, BHKS çalışmalarına katılanlar ve bakım verenlere kendilerinin Alzheimer hastası olduğunda nasıl bir bakım istedikleri sorulduğunda ortak yanıt olarak evde bakılmak istedikleri belirtmişlerdir. Bu yanıtlardan göze çarpanlar; özgürlüklerinin kısıtlanmaması, fazla ilaç kullanmak istemedikleri, yemeklerin önemli olduğunu, tadı ile yemek istedikleri ve insan onuruna yakışan yaşam sürmek olduğu görülmektedir.

Alzheimer hastalarının evde bakım hizmetini tercih edilmektedir. Evde bakım ise enformel bakım verenlerin üzerinde olan bir sorumluluk olarak görülmesinden dolayı kaliteli bakım için tedbirler alınmalıdır. Resmi bir statüsü olmasa da bakımı yapan kişi en temel insangücü- enformel bakım hizmeti verenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında formel bakım verenler, gönüllüler, gündüzlü bakım merkezlerinin verdiği hizmetler ile evde bakım hizmetleri desteklenebilir. Alzheimer hastaların belirli aralıklarla GYA bağımlılık düzeyleri ölçülerek farklı düzeylerde destek sağlanmalıdır. Bakım, rehabilitasyon hizmeti ile desteklendiğinde bakım hizmeti alanın bağımsızlaşmasını ya da kayıplarının azaltılmasını sağlamaktadır. Formel ya da enformel bakım verenler ile birlikte hemşire, fizyoterapist, psikolog, hekim, ergoterapist, sosyal çalışmacı vb. birlikte ekip anlayışı içinde bireye özgü bakım ve rehabilitasyon programı oluşturulmalıdır. Bu hizmetlerin sürdürülebilirliğini ve koordinasyonunu sağlamak için vaka yöneticisi ile desteklenen bir sistem kurulmalıdır. USB hizmetlerinde sadece bakım verenlerin değil tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde görev alan profesyonellerin de Alzheimer hastalarına yaklaşım konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.

Araştırmada, Alzheimer hastalığına özgü kalite kavramları yanında Donnedian kaliteyi kavramlarını çağrıştıran algıya dayalı kavramlar ortaya konmuştur. Bu kavramlar sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bakım hizmetlerinde kalite kavramları olarak da ele alınan ve görüşmelerde katılımcıların iyi bakımı tanımlamalarında; “*hasta değerlerine saygı*”, “*etkililik*”, “*güvenlik*” ve “*koordinasyon*” gibi Donabedian’ın kaliteyi tanımlayan kavramları çağrıştırmıştır. Bu kavramlar ANCIEN Projesinde 20 ülkenin USB hizmetleri kalite izlemelerini taramak için de esas alınmıştır (ANCIEN, 2012). Araştırmada ise elde edilen Alzheimer hastalığı özelinde iyi bakım algısına dair özgün kalite kavram ve öğelerin çoğunluk olmasına rağmen bu (hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik ve koordinasyon) kalite kavramlarının da bulunmuştur. Ancak sağlık hizmetlerinde kullanılan kalite kavramlarının, bakım hizmetlerinde farklı anlamda olduğu ve yaşam kalitesini farklı etkilediği anlaşılmıştır. Örneğin kaliteli sağlık hizmeti tanımlamasında kalite kavramlarından “*hasta değerlerine saygı*” ile “*beklentilerin karşılanması*” kastedilirken Alzheimer hastalarına verilen bakım hizmetinde hastanın “*yaşam sistemine/seyrine saygı*” olarak algılanmaktadır. Aynı şekilde sağlık kalite anlayışında “*etkililik*” kavramı amaca ulaşma derecesi olarak tanımlamasına rağmen, kaliteli bakım için Alzheimer hastasının önceki yaşamı, alışkanlıkları, hayat stili göz önüne alınarak hazırlanması ile etkili bakımın oluşturulabileceği ortaya konmuştur. Katılımcılara göre bu yaklaşım; Alzheimer hastasını kaliteli bakım için “YAŞAM SİSTEMİ”nin kurulmasını gerektirmektedir. Alzheimer hastalığında kaliteli bakım için çevre ve güvenlik önemlidir. Çevre kaybedilen becerilerin desteklenmesini ve güvenliği sağlayacak şekilde düzenlenmelidir (Ebersole ve diğerleri, 2008). Kişiyev-hastane-bakımevi arasında iyi koordine edilmiş sağlık ve bakım hizmetlerinin yaşadığı “ÇEVRESİNİN TAŞINMASI” ile sunulmasının gerekliliği bulunmaktadır. Yine aynı şekilde sağlık hizmetleri kalite kavramı olan “*güvenlik*” kavramı fiziki düzenlemeler ve müdahaleleri içeren istenmeyen olaylardan korunmayı ifade etmektedir. Alzheimer hastalarında istenmeyen durumun, bakım verenin “*tükenmişliği*” olduğu tükenmişlikten korunmanın güvenlik için önemli olduğu anlaşılmıştır. Bakım hizmetlerinde, hataya neden olabilecek durumlar yaşam kalitesine etki etmektedir. Güvenlik kavramının sadece hizmet alan ve hizmet verenin fiziksel zarar görmesinin önlenmesi anlamının olmadığı, bakım tarafları arasında “*güven*” duymanın iyi bakım için gerekliliği olduğu anlaşılmıştır. Aynı zamanda güven kavramının “*bakım veren ile*

yaşlı”, “*yaşlı ile bakım veren*”, “*enformel bakım veren ile yaşlı yakını*”, “*yaşlı yakını ile sağlık profesyoneli*”, “*bakım veren ile sağlık profesyoneli*” arasında oluştuğu ve bu kavramı “GÜVEN DÖNGÜSÜ” ile tanımlanabileceği görülmüştür. Kalite kavramlarından “*koordinasyon*”un, sadece sağlık-sosyal bakım ya da bakım modelleri arasında olmadığı anlaşılmaktadır. Koordinasyon, formel-enformel bakım verenlerin kendi arasında ve sağlık profesyonelleri-bakım verenlerden oluşan ekibin arasında da olmalıdır.

Kaliteli bakımın Alzheimer hastaları için evde verilen bakımda da sağlanması önemlidir. Bunun için Alzheimer hastalarının toplum temelli yaklaşımla bakım hizmeti alması, yaşadığı çevresinin taşınması ile yer değiştirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda yaşadığı ortamın yumuşak renklerden oluşması, yerden ışıklandırma ile aydınlatılması, gece ve gündüzü yaşamasını sağlayacak ışık yönetiminin yapılması, kaynağı belli seslerin ortamda olmasının sağlanması, yaşadığı ortamın gürültüden arındırılması, düşmeye karşı önlem alınarak alışık olduğu ortamın düzenlenmesi ve banyo, tuvalet vb. ıslak zeminlerde önlem alınması, uygun ayakkabı ve giysi seçiminin yapılması gibi yaşam kalitesini doğrudan etkileyecek kaliteye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Bakım verenin (enformel/formel), USB hizmetlerinde ilk ve önemli bir halkası olması nedeniyle hastalık hakkında bilgili olması beklenmektedir. Algıya dayalı kaliteli bakım hizmetinin tanımlanmasına ilişkin Leichsenring’in 2015’te yaptığı “*iyi bakım*” çalışmasında, yaptığı derinlemesine görüşmelerde de formel yada enformel bakım verenlerin kaliteli bakımın önemli bir noktasında olduğunu vurgulamıştır. Demans dâhil tüm yaşlıların ihtiyaçlarını giderecek 24 saatlik bakım verenlerin eğitimlerinin önemli olduğu da belirtilmiştir (Leichsenring ve diğerleri2016). Bakım verenin bilgi sahibi olması kaliteli bakım için olmaz ise olmazlarındandır.

Alzheimer hastaları istek ve ihtiyaçlarını ifade etmekte zorlandıkları için, bakım verenlerin sorumluluk aldıkları ve inisiyatif kullandıkları görülmektedir. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin inisiyatif ve sorumluluk sınırlarının belirlenmesi ve tedbirlerin alınması, bu konuda bakım verenleri güçlendirilme koşullarının oluşturulması gereklidir. Bakım verenlere eğitim, destek, bakım ve problem çözme

konularında destek sağlamak ve bunun ötesinde bireyi gözlemlene ve davranışları değerlendirmeyi öğretmek gerekmektedir (Ebersole ve diğerleri, 2008). Araştırmada, bakım alanların bedenlerine ilişkin mahremiyete saygılı düzenlemeler ve kişisel bilgilerinin korunması da önemli olan başka bir konu olarak karşımıza çıkmıştır. Aynı zamanda kalite standartları oluşturulurken ihmal, istismarın önlenmesine dair düzenlemelere de dikkat edilmesi ve buna dair göstergeleri belirlenmesi gerekmektedir. Bakım verenlere ve yakınlarına bu konuda bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bakım verenlerin desteklenmesi için farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları geliştirilmelidir. MEB Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü Halk Eğitimler vasıtasıyla düzenlediği bakım kursları meslek edindirmeye yöneliktir. Bu eğitimin yanında enformellerin, özellikle evde bakım verenlere sosyal yardımla desteklenenlerin eğitimin zorunlu hale getirilmesi önemli bir gelişme yaratabilir. Bu konuda, uygulamalı eğitimi de içeren uzaktan eğitim yöntemi ile eğitimin sürekliliği sağlanabilir. Bu yolla bakım hizmeti verenlere tükenmişlikle baş etme konusunda önemli bir destek yaratılabilir.

Araştırmada, katılımcıların algılarına dayalı olarak Alzheimer hastalığı özelinde bakım hizmetlerinde özgün kavramlara da rastlanmıştır. Kaliteli bakım için hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik, koordinasyon sağlanması yanında kişinin “mahremiyetinin korunması”, “sakinleştirilmesi”, “ikna etme”, “özgün iletişim” ve “empati kurulması” önemlidir. Ayrıca bakım verenin (formel/enformel) “inisiyatif ve sorumluluk alma”, “özveride bulunma” gibi davranışlarının yanında “tutumu”, “kişisel değerleri” Alzheimer hastalarına bakımında esas teşkil etmektedir. Yine bakım vereni “çaresizlik/tükenmişlikten korumanın” kaliteli bakım verme çabasında dikkate alınmalıdır. Bu algılanan kavram ve öğeler kaliteli bakım hizmetinin temelleridir. Kaliteli bakımın tarifi; bakım verenin mekanik olmaktan kaçınması, göz temasını kesmeden, hastasını mutlu etmek ve yaşamda tutmak için verilen çabaların bütünü olarak yapılmaktadır.

USB hizmetleri kapsamında ele alınan kalite kavramlarından biri de “Mahremiyet” olarak ortaya çıkmıştır. Lakin araştırmada mahremiyet kelimesinin kişiye özel, güven, haysiyet, kendini bilme gibi kelimeler ile tam tanımlanmadığı bunun ötesinde bir anlam taşıdığı görülmüştür. Bu anlam kişinin hayat tarzı, vücudu, paylaşımları, sahip

oldukları, yaşadıkları vb. ona özel her şeyin gizliliği olarak tanımlandığı görülmüştür. Ayrıca formel ya da enformel bakım veren ile paylaşılan “*Mahremiyet*”in, üçüncü kişi ile paylaşımının yapılmaması ve hastanın mahremiyetine sahip çıkılması gerektiği vurgulanmıştır. Hatta bakım verenlerin paylaştığı bu mahremiyeti, kurumsal bakım hizmetlerinde birden fazla formel bakım verenlerin hizmet vermesi durumunda sağlanamadığından dolayı hastaya aynı kişinin bakım vermesinin düzenlenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu nedenle “*Mahremiyet*” kavramının farklı algılanmasından dolayı terminoloji birlikteliği yaratılarak kullanılması önerilebilir.

Bakım ve sağlık profesyonellerin ve kimi zaman hasta yakınlarından oluşan bakım ekibinin ortak kanısı, Alzheimer hastası ile “*özgün iletişiminin*” olduğudur. Bakım verdikleri Alzheimer hastasını anladıklarını, onların mutlu olduğunu davranışlarından ve yüzünün gülmesinden bildiklerini ifade etmektedir. Bakım verenlerin empati kurarak bakım vermesi, Alzheimer yaşlısının yaşam kalitesi için önemlidir. Bakım verenler, hastalığı nedeniyle hatırlamada güçlük çekmesi, kullandığı kelimelerin yetersizliği, kendini anlatmada güçlüğüne rağmen Alzheimer hastasının duygularını anlamaktadırlar. Memnuniyeti kimi zaman gülümseyerek ifade ettikleri, kimi zaman ajitasyonlarının yatışmasından çıkarımda bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bakım verenler arasında, Alzheimer hastalarının anladığını, tavırları, özellikle gözleri ile anlattıkları konusunda yaygın kanı bulunmaktadır. Florida Atlantik Üniversitesinde Ruth Tappen ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmaların sonucunda demanslı hastalarla geliştirilen benzer iletişim yaklaşımından bahsedilmektedir. Bu yaklaşımda, Alzheimer hastası ile iletişimde bireye yetişkin olduğu ve anladığı akılda bulundurarak davranmak gerektiği üzerinde durulmuştur. Alzheimer hastasının sözel olmayan duygu ifadelerini gözlemleyip takip ederek, sohbeti mimik ve dokunma ile kolaylaştırarak, sohbette hastanın cevaplaması için zaman vererek diyalogun kurulması önerilmiştir. İletişim amacına göre, duygu ve düşüncelerin ifade edilmesini basitleştirme, kolaylaştırma, konuşmayı-sohbeti anlama-kavramayı sağlama, devam eden sohbeti destekleme ve kişiliğini ve onurunu koruma/destekleme gibi tekniklerin kullanılması önerilmiştir (Ebersole ve diğerleri, 2008). Alzheimer hastasının yaşamın farkında olmadığı sanrısı ile davranılması, iletişim kurulması, iyi bakım verilmesi için engel teşkil etmektedir. Bu durum

ajitasyonları da artırabilmektedir. Bakım kalitesinde iletişimin Alzheimer hastasının yaşam kalitesi için önemli olduğu ve bakım verenlerin bu yaklaşımla ajitasyondan uzaklaştırabildiği ifade edilmiştir.

Alzheimer hastalığında kaliteli bakım için kişinin ajitasyonun azaltılması önemli bir yere sahiptir. Ajitasyon; kişinin istek ve uyarılarla baş etme yeteneğinde azalma nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Davranışsal belirtilere yorgunluk, çevre-rutin bakım veren kişinin değişimi, azalmış-uygunsuz uyarıların varlığı, kişinin yetenekleri üzerinde içsel-dışsal talepler ve ağrı-akut hastalık-depresyon gibi yaygın stresörler neden olmaktadır. Demanslı özellikle Alzheimer hastalarında ajitasyonu önlemek için yaklaşım modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan biri olan Azaltılmış Stres Eşiği Modeli (PLST-Progressively Lowered Stres Threshold), Alzheimer hastalığında ortaya çıkan ajitasyon ile baş etmek için geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Bu modele göre bakım prensibi; hasta saygınlığını korumak, kişinin fonksiyonelliğini sürdürmek, bakım sırasında kişisel ilişkisini sürdürmektir. Ayrıca, kişinin anksiyete ve strese neden olan davranışlarını tanımak, uyarıların azaltarak bu duygu durumundan uzak tutmaktır (Ebersole ve diğerleri, 2008). Araştırmada da benzer olarak bakım veren ile Alzheimer hastası arasında ilişkide hastanın anladığı akılda tutularak, GYA yerine getirme sırasında ikna etme yolunun seçilmesinin ajitasyonu azalttığından bahsedilmektedir. Bakım verenlerin hasta ile günlük sohbetlerinde konuşulan anlamsız konulara uyum sağlamayı tercih ettikleri böylece hem kendilerini tükenmişlikten korudukları hemde hastayı ajitasyondan uzaklaştırdıkları görülmüştür. Alzheimer hastalarını sakinleştirmek için bu yaklaşımın sohbet sırasında oluşan konuşma akışı (yanlış ya da hatalı olsa da) doğrultusunda yapmak, doğrusunu anlatmak için iknaya uğraşmadan, “HOŞ BOŞ SOHBET” adlandırılabilir konuşma akışına göre sohbete devam etmek olarak tarif edilmektedir Bu iletişim yaklaşımı önerilebilir. Aynı zamanda, amaçsız fiziksel hareketliliği yönetmek için de “HOŞ BOŞ GEZME” şeklinde yani ikna etme yerine mekân değiştirmelerini yapmak tercih edilebilir. Alzheimer hastasının sakinliğini sağlamak amacıyla, günlük yaşam aktivitelerini desteklemek için hastaları zorlamak yerine “TİYATRO OYNAMA” şeklinde adlandırılan yaklaşımla hastayı sakinleştirmek gerekmektedir. Bu yaklaşım ise hastaya isteneni yapması için küçük anlaşılır benzetmeler yapılarak konuşmak ve GYA desteklemek için bu yolla ikna

etmektedir. Alzheimer hastasını ikna etme konusunda iki farklı yaklaşımı içine alan bütünsel yaklaşım yani “DURUM YÖNETİMİ” uygulanabildiğinde, hastanın ajitasyonun azaldığı görülmektedir. Yani rutin konuşmalarda sohbet akışını bozmadan, ikna etmeye zorlamadan konuşmak fakat GYA desteklemede zorlama yerine benzetmeler kullanarak (yemek yerken uçak geliyor benzetmesi gibi) ikna etmek yöntemini kullanmaktır. Bu yaklaşımın ajitasyonu azaltmasına bağlı olarak da yaşam kalitesinin arttığı ve iyi bakımın sağlandığı için önerilebilir. Bu yaklaşımı literatürde destekleyen “*Gerçeğe Oryantasyon Yaklaşım*” modelinde de benzer olarak hastalığın ilk evrelerinde yere, zamana, mevsime uyum sağlamasında destek olmak, genel olarak yararlı bulunmakla birlikte orta ve ileri evre demanslı hastalara gerçekçi olmayan beklentilerine ilişkin gerçeği anlatmaya ya da hatırlayamadıklarında anımsatmaya ısrar edilmesinin stres yaşamalarına neden olabileceği belirtilmektedir (Ebersole ve diğerleri, 2008). Bu nedenle demanslı bireyin oryantasyonunun yapılandırılmadan duruma uygun yapılması önerilmektedir (Neal ve Barton-Wright, 2007).

Diğer yandan Alzheimer hastalarının istek ve ihtiyaçlarını bildirmede güçlük çekmelerinden dolayı bakım verenler (formel / enformel) inisiyatif almakta ve sorumluluk altına girmektedir. Bakım hizmeti verenlerin, (kimi zaman kaçınılmaz olarak) kendi özel hayatlarından ödün verdikleri, maddi-manevi destekte buldukları özverili yaklaşımlar geliştirdikleri görülmüştür. Bakımı yönetirken bu yaklaşımlara dayanak olan şey kendilerine ait değerleridir. Bu değerler üzerinden harekete geçtikleri ve tutumlarına yansıttıkları anlaşılmıştır. Araştırmada, Alzheimer hastalarına bakım verenin inanç ve değerleri ile tutum farklılıklarının kaliteli bakıma dolayısıyla yaşam kalitesine etki ettiği düşünülmüştür.

Bakım verenlerin inisiyatif alma ve sorumluluk taşımaları, tükenmişliği de beraberinde getirmektedir. Bakım verenlerin tükenmişlikten uzak kalabilmek için de değerlere sarıldığı anlaşılmaktadır. Bakım verenler; sabır ve vicdanla görevini yapma, bakım alanı emanet olarak görme gibi değerlerin bakım sürecinde önemli olduğunu belirtmiştir. Bakım sürecindeki bakım verenlerin (formel / enformel) kendi motivasyonunu artırmak ve bakım sürecinde aldığı sorumluluğun üstesinden gelmek için; kabullenmişlikle bakım verdikleri, aldığı paranın bereketli olması ve huzurunun

olması için iyi baktıkları gibi düşünceleri bulunmaktadır. Formel bakım verenler, bakım hizmeti verdikleri birey ile aile olduklarını ifade etmektedirler. Sonuç olarak; bakım verenin hayata bakışı, inançları, yaşam felsefesi, kişisel değerleri bakım sürecinde öne çıkmaktadır. Bu nedenle bakım verenin meslek standart ve yeterliliklerinde, kişisel özelliklerinin değerlendirilmesinde, kişisel değerlerinin de dikkate alınması önerilebilir.

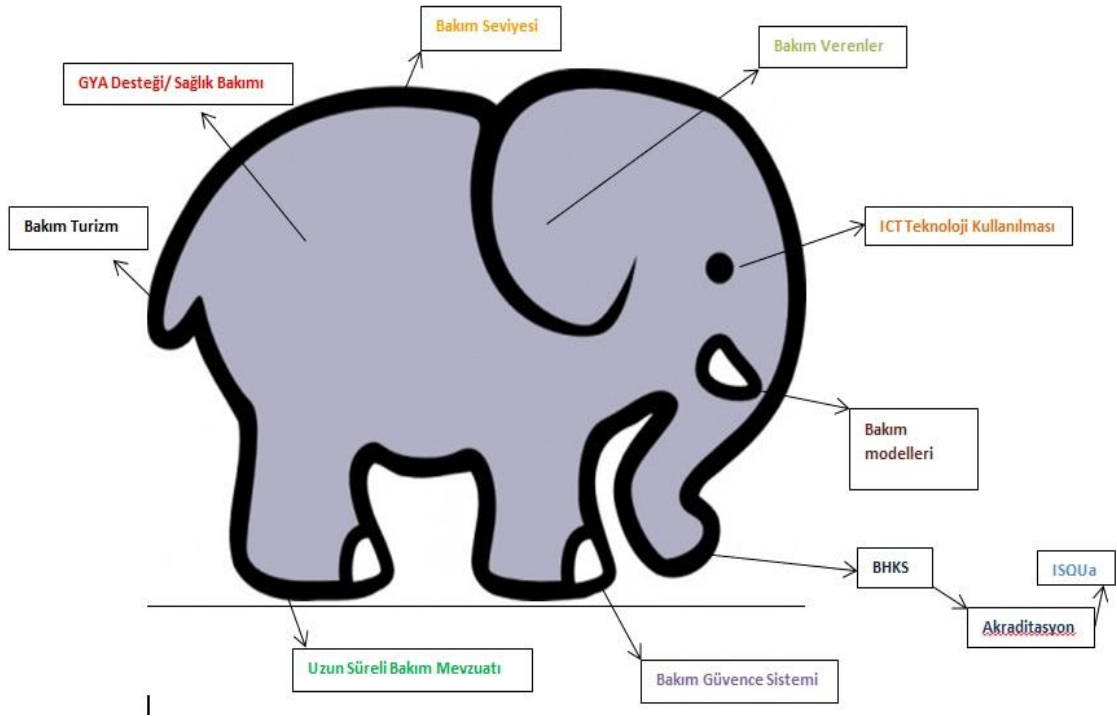
Tezde, bakım verenlerin tükenmişliğe ilişkin anlattıkları çarpıcı bulunmuştur. Bakım sürecinde duygu durumlarının etkilendiği, tükenmişlik ve bakım yükü arasında kısır bir döngü olduğu, hastanın hayatında olmak ve bu yükü bazen tek başına yüklenmenin verdiği sorumluluğun ağır olduğu, bakım hizmetlerinde olumsuz önyargıların bulunduğu ve bu durumun hissettirdiği olumsuz duyguları yaşadığı bakım hizmeti verenlerin yaşadıkları zorluklar olarak dile getirilmiştir. Bu zorlukların, özellikle bakım veren yakınların çevre tarafından anlaşılmadığı, duygusal olarak yalnız kaldığı, bakım verirken hastalığın seyrine ilişkin kaygılar, psikolojik, fiziksel hatta finansal zorlanmaların olduğu belirtilmiştir. İyi bakım için tükenmişliği önleme amaçlı bakım verenlerin finansal olarak desteklenmesinin önemli olduğu dile getirilmiştir.

Bakım verenin tükenmişliğe karşı kendisinin aldığı tedbirler ve önlemler olduğu, ancak Alzheimer hastaları hakkında bakım verenlerin bilgilendirilmesinin, bakım verenin motivasyonunun korunmasının çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Lenichsenring ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da buna benzer yaklaşımlara rastlanmıştır. Araştırmada, kaliteli bakım için bakım verenler; kendilerini sorumluluklarını yerine getirmede yeteri kadar eğitilmiş görmediklerini ve bazı durumlarda yeterince güçlü hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Özellikle demans hastalarına bakım verenlerde bu durumun yaşandığı belirtilmiştir. Bu durumun bakım verenlerin gündelik görevlerini zora soktuğu ve demans hastalarından fiziksel şiddet ve sözlü tacize maruz kaldıkları, bu nedenle bakım verenlerin potansiyel güvenlik riski bulunduğu saptanmıştır (Lenichsenring ve diğerleri2016). Yılmaz ve Turan tarafından Alzheimer hastası ve bakım verenler ile yapılan araştırmada ise bakım verenlerin duygusal tükenmişliği, kaygıları ile başa çıkma konusundaki kabullenici yaklaşımları ve hastanın kendi kendine bakabilmesi arasında belirgin bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Depersonalizasyon, hastanın depresyon skoru ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmada, boyun eğici yaklaşım ve eğitim tükenmişliğe karşı kişisel başarıda belirleyiciler olarak bulunmuştur. Çalışmanın en ilginç bulgularından biri, hastanın depresyon düzeyi ile bakıcının depersonalizasyonu arasındaki ilişkidir. Hasta daha çok depresif hale geldikçe, bakım veren kişinin duyarsızlaşması artmaktadır. Bakım verenlerin duygusal tükenme nedeniyle evde bakım yapmaktan ziyade bir bakımevini tercih edeceğini düşünmesi durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durum tükenmişliğin bakım verenleri hastaları bakımevlerine yerleştirmesine neden olabilecek bir faktör olarak gösterilmiştir (Yılmaz ve Turan, 2009). Bakım verenin duygu durumunun bakım alanı etkilediği ve gerginliği yaşlının anladığı ifade edilmektedir. Alzheimer hastalarına bakım ve hizmet alanı korumak için bakım vereni tükenmişlikten korumak gerektiği, çünkü bunun bedelini her iki tarafın da ödediği ortdadır. Bu nedenle özellikle bu tür hastaların bakımına yönelik, kalite çalışmalarında, rutin olan memnuniyet anketleri yanında bakım verenin tükenmişlik seviyesinin de ölçülmesi önerilir.

Alzheimer hastalarının ihmal ve istismardan korunması, bakım hizmeti verenlerin tükenmişliğinin önlenmesi temelinde kalite göstergeleri oluşturulmalıdır. Aynı zamanda Alzheimer hastaları için toplum temelli bakımının geliştirilmesinde, bakım hizmeti verenler inisiyatif alma ve karar verme süreçlerinde desteklenmeli, fiziksel ve mental sağlığının korunmasına yönelik tedbirler alınmalı ve bakım yüklerinin (fiziksel, ekonomik, duygusal) azaltılması için baş etme yöntemlerini geliştirici destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Bakım hizmetlerinin kalitesinde de hizmetin teknik performansı, tüm tarafların ilişkisinin iyiliği, hizmetin rahatlık ve konforu önemlidir. Kaliteli yaşam için bütüncül bakış açısı ile kaliteli bakımın geliştirilmeli ve USB sistemi oluşturulmalıdır. USB sistemi ise birden fazla öğeden oluşmaktadır ve sadece bir bölümü ele alınarak iyi bakımın sağlanamaz. Bu durum bilinen fil hikâyesinden yola çıkılarak anlatılmak istenirse, karanlıkta fili dokunarak tarif eden insanlara benzetilebilir. Fili tarif etmek gibi USB sistemi anlatılmak istendiğinde sadece hortumuna dokunarak fil uzun bir hortumdur demek kısıtlı olacaktır.



Şekil 8. Uzun Süreli Bakım için Fil Metaforu

ICT; Information Communication Technology -Bilgi İletişim Teknolojileri
ISQUa; The International Society for Quality in Health Care

Şekil 8.'de yer alan **fil** gibi “*iyi bakım*”ın tanımlanmasında USB hizmetlerinde bütüncül yaklaşım geliştirilmelidir. Bakım hizmetleri kalite standartlarının belirlenmesi ve izlenmesi, USB sisteminde filin sadece bir uzvu olarak tarif edilebilir. Kaliteli bakımın sağlanması için; bakım hizmetleri bakım alanın istek ve ihtiyaçlarını göz önüne almalıdır. Bakım ihtiyacında olan bireyin, sağlık ihtiyaçları sadece sağlık kurulu raporu ile belirlenmemeli, GYA bağımlılığına dayalı olarak bakıma özgü “*bakım değerlendirilmesi*” yapılmalı ve “*bakım seviyesi*” belirlenmelidir. Bu saptamaya göre bakım hizmeti alanın biyo-psiko-sosyal ihtiyaçlarını kapsayan “*bakım planı*” hazırlanmalı; plan, bakım alanın sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasını sağlamalıdır. Bakım hizmeti alanın kaliteli bakım alması için hizmetin ilk halkası olan “*bakım veren (formel / enformel)*” başta olmak üzere “*tedavi-bakım ve rehabilitasyon ekibi*”nin (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı vb.) güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için bakım alanında çalışan profesyonellerin “*meslek standart ve yeterlilikleri*” belirlenmeli ve uygulanmalıdır. USB hizmetleri kapsamında bakım seviyesine göre evde ya da

kurumsal bakım hizmetlerine yönlendirilmelidir. USB hizmetlerinde “*bilgi iletişim teknolojileri*” (BİT) kullanılarak toplum temelli bakım yaklaşımına uygun “*evde destek*” ve “*gündüzlü hizmetler*” gibi farklı “*bakım modelleri*” de geliştirilmelidir. Bakım hizmetinin sağlık ve sosyal boyutunun koordinasyonu için birbiri ile konuşan düzenlemeler yapılmalı ve Türkiye’de “*Uzun Süreli Bakım Sistemi*” oluşturulabilmesi için “*Uzun Süreli Bakım çatı mevzuatı*” çalışmalıdır. Sürdürülebilir bakım gereği yıkıcı harcamalar ve bütçelerin bozulmasını önlemek için “*bakım güvence sistemi*” oluşturulmalıdır. Filin sağlıklı olabilmesi için elbette “*Bakım Hizmetleri Kalite Standartları*” geliştirilmeli ve izlenmelidir. İyi bakım hizmeti için kalite belgelendirilmesi ile ödeme sistemleri ilişkilendirilmelidir. Bakım hizmetleri kalite standartları ISQua gibi uluslararası akreditasyon sistemlerinden akredite edilmelidir. Böylece sağlık turizmi kapsamında “*Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi*”nin Türkiye’de geliştirilmesine katkı sağlayacağı ve turizmde önemli fırsatlar yaratacağı düşünülebilir.

Alzheimer hastalığında verilen bakım ve rehabilitasyon hizmetleri bakım verenin inisiyatif ve sorumluluğunda yürütülmesi nedeniyle hassas bir konumdadır. Buna rağmen diğer ihtiyaç sahiplerinin de kendilerine has bakım ihtiyaçları bulunduğu gerçeğine uygun olarak, özelleşmiş bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu farklı ihtiyaçlara cevap veren ihtisaslaşmış bakım hizmetleri de dâhil olmak üzere, GYA bağımlılık düzeyine dayalı olarak kurumsal ya da evde bakımını hizmetlerine yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Alzheimer hastalarının evde bakımı sağlayanların desteklenmesi: - psikolojik destek, bakım eğitimi, esenlendirilmesi (bakıcı desteği, tatil yapabilmeleri için nakit yardım, vb.) sağlanmalıdır. Özellikle Türkiye’de gerek kültürel yapı gerekse olanaklar evde bakım hizmetlerine yönelimi artırmaktadır.

Alzheimer hastalığında toplum temelli bakım ve rehabilitasyon hizmetinin tercih edilmesinden dolayı kalitenin izlenmesi, sağlanmalıdır. Kalite izleminde; *mahremiyetinin korunması, bireyin sakinleştirilmesi, ikna etme yollarının kullanımı, özgün iletişim ve empati ilişkin yaklaşımı odak alınmalıdır*. Ayrıca bakım verenin (formel/enformel) *inisiyatif ve sorumluluk alma* boyutları belirlenmelidir. Bakım verenin *tutum, davranışlarının ve kişisel değerleri* kaliteli bakım için aranmalıdır. Alzheimer hastalarına bakımında bakım vereni *çaresizlik/ tükenmişlikten koruma* yöntemleri

garantilenmelidir. Bu kalite izlemi Bu kalite izlemi AÇSHB tarafından sağlanmalı ve BHKS içinde gerekli tedbirler alınmalıdır. Bunun için Bakanlık özerk kalite komisyonu oluşturarak alanda hizmet verenleri değerlendiricilerle izlemeli ve kaliteli hizmet veren organizasyonları belirlemelidir. Aynı zamanda ödeme sistemleri ile kalite izleminin ilişkilendirmelidir. AÇSHB mevzuat ve kalite ile ilişkili ödeme sistemlerine ait düzenlemeleri yapması sonrası, yerel yönetimler evde bakım hizmetlerini organize etmelidir. Yerel yönetimler formel bakım hizmetlerini ihtiyacı olanlara ve evde bakım veren enformallere destek vermelidir. Aynı zamanda bakım hizmetlerini SB evde tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ile desteklemelidir. Bu tedbirler yanında evde bakım hizmeti verenlerin esenlendirilmesi, desteklenmesi, bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesine yönelik çalışmanın yanında toplumunda hastalık hakkında farkındalığının artırılması sağlanmalıdır. Toplum temelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için yerel yönetimlerin erişilebilir ve Alzheimer hasta dostu çevrenin oluşturması, aile hekimliklerinin bu konuda yaklaşım geliştirmesi ve STK'ların destekleri alınması sağlanmalıdır. Bunun için AÇSHB, SB, MEB gibi ilgili bakanlıkların görev alanlarına göre uygun politika üretmeli ve özellikle AÇSHB sorumluluk almalıdır.

AÇSHB tarafından Bakım Hizmetleri Kalite Standartları'nın (BHKS) belirlenmesine rağmen henüz ülke çapında uygulamaya alınmaması ve ödemeler ile ilişkilendirilmemesi iyi bakım hizmeti verme amacının gerisine düşmeye neden olmaktadır. Bakım hizmetlerinde toplam kalite yönetimi için ISO belgelendirme ile kısmen çözüm yaratılması ve sadece engelli bakım hizmetleri karşılığında özel sektöre ödenen sosyal yardım ile ilişkilendirilmesi önemli bir kısıtlılıktır. Sadece kalite yönetimini değil USB hizmetlerini bütün olarak değerlendiren ve göstergeler ile kaliteyi izleyen BHKS çalışmasının yaşlı ve engelli bakım hizmeti veren merkezleri kapsamı önemsenmelidir. USB hizmetlerinde BHKS ile hem kurumsal bakım hem de evde bakım hizmetleri için kalite standartlarını belirlemek ve izlemek için özerk bir yapı oluşturulmalıdır. Bakım hizmetleri kalite standartlarının uygulamaya geçmesi, SB Hastane Kalite Standartlarının 2014 yılında uluslararası akreditasyon kurumu (akreditörlerin akreditörü) olan ISQua'dan onaylatılması gibi Bakım Hizmetleri Kalite Standartları'nda bu yolu izlemesi önemli bir prestij kazandıracaktır. Aynı zamanda

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na (TÜSEB) bağlı Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) ile kalite çalışmaları yapmak üzere yetkilileri dahilinde “*Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının*” geliştirilmesinde destek alınabilir.

Dünya genelinde, USB hizmetlerine yönlendirme GYA bağımlılık seviyesine göre olmasına rağmen Türkiye’de engellilik oranına göre yapılmaktadır. Bakım hizmet alınabilmesi için engellilik raporunda % 40 ve üzeri olması (yaşlılar için %10 ek oran öngörülmekte) aranmaktadır. Bu yaklaşım bakım hizmet modellerine yönlendirmede yetersizlikler ortaya çıkarmakta, model geçişlerini sağlayamamaktadır.

Türkiye ile Avrupa’da benzer nüfus yoğunluğunda olan Almanya karşılaştırıldığında USB hizmetlerine ayrılan kaynak ve kurumsal bakım hizmetleri kapasitesinde önemli fark bulunmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfus, Almanya’nın yaşlı nüfusunun üçte biri kadar olmasına rağmen Türkiye’de sadece 700 bakım merkezi 50.000 kişiye bakım verilirken, Almanya’da 11.600 bakım merkezinde 717.000 kişiye hizmet vermektedir. Bunun yanında Türkiye’de 20.000 bakım veren olmasına karşın Almanya’da 400.000 profesyonel yaşlı bakıcısı, kurumlarında görev yapmaktadırlar. Aynı zamanda Almanya’da 2,34 milyon bakım ihtiyacında olan kişilerin %69’nun evlerinde aile fertleri tarafından (1,07 milyon) ve gezici bakım hizmetleri ile (555.000) evde bakım hizmeti verilmektedir (ASPB, 2013,d). Türkiye’de ise 500.000 kişiye evde bakım sosyal yardımı yapılmaktadır.

Türkiye’de USB sayısal verilerine bakıldığında doğal olarak toplum temelli bakım hizmetinin verildiği söylenebilir. Lakin Avrupa Sosyal Araştırma Merkezinin toplum temelli bakım için ortaya koyduğu yaklaşıma uygun tedbirlerin Türkiye’de **olmadığı görülmektedir**. Toplumun bakımda destek mekanizmaların özellikle erişilebilirliği ve Bilgi İletişim Teknolojileri kullanılan mekânların varlığı yetersizdir. Alzheimer hastalarına ilişkin karar verme mekanizmalarında bakım verenlerin yalnız bırakıldığı, bilgilendirmenin yeterince yapılmadığı ve bakım verenleri esenlendirilmene konusunda destek sağlanmadığı söylenebilir. Bakım hizmetlerinde GYA desteklenmesi yanında tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerin de sürdürülebilir bir yaklaşımla verilmesi

gerekmektedir. Ancak tedavi hizmetleri SB evde sağlık hizmetleri kapsamında kısmen de olsa desteklenmesine rağmen rehabilitasyon hizmetleri yetersiz ve çoğu zaman SGK ödeme kapsamı dışında kalmaktadır.

Türkiye’de USB hizmetlerine ayrılan bütçe 13 milyar TL civarındadır (AÇSHB, 2018). Bu bütçe GSYMH % 0.01 altındadır. OECD ülkelerinde ortalama %1 civarındadır. Bu uçurum giderilmelidir. Buradan kurumsal bakım hizmetlerinin artırılması çıkarımı **yapılmamalıdır**. Aksine Türkiye’nin kültürel yapısına uygun olan evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi için kaynak ayrılmalıdır. Türkiye’de bakım ya cepten ödeme ya da hazineden yapılan nakit sosyal yardımlar ile finanse edilmektedir.

USB sistem haline getirilmesi için olmazsa olmaz sürdürülebilir bakım güvence sisteminin oluşturulması gereklidir. Yalnız bakım sigortası ek prim getirmesinden dolayı ücretliler ve işverenler tarafından **istenmemektedir**. Öte yandan özel sigortalar da bakıma ilişkin aktüerya hesaplarına bakarak bu alanda poliçeleri karlı bulmadıkları için rağbet **etmemektedir**. STK’lardan bu konuda önemli görevler beklenmektedir. Lakin alanda ilgili STK’lar bu işlerin finansmanında etkin olamamaktadır. Darülaceze gibi güvenilir vakıflar ile finansman için varlıkların yönetimi yapılarak aktüerya hesaplamalarına uygun finansman sağlanabilir. Darülaceze gibi köklü vakıfların mevzuatla desteklenerek bakım ihtiyacında olanların nakitle birlikte aynı (ev, araba vb.) kaynakların da ödeme güvence sisteminde yer alması sağlanabilir. Darülaceze gibi vakıfların bakım hizmetine ilişkin şartlı bağışların bankalardaki fon yönetimlerine benzer olarak değerlendirilmesi ile sürdürülebilir bakım sağlanmalıdır. Bakım ihtiyacı doğmadan sisteme para ödeyerek ya da mülkün bağışlanması ile bakımın finansmanı sağlanabilir.

USB hizmetlerinde tüm bu amaçlara ulaşmak için USB sisteminin kurulması, mevzuatının hazırlanması ve Türkiye’de ihtiyacı olan yaşlı ve engelli ve hastaların bakımının sağlanması gerekmektedir. Bakım güvence sistemi; bakım sigortası, özel sigortalar, vakıflar (darülaceze gibi) enstrümanlarla güçlendirilmelidir. Özellikle USB hizmetlerinde Bilgi İletişim Teknolojileri kullanımının yaygınlaştırılması, bu alanda

sektörel gelişim sağlanması maliyet etkili evde bakım hizmetleri için bir çıkış olabilir. Sonuç olarak iyi bakım sağlanması için Türkiye’de USB sisteminin kurulması sağlanmalıdır. Bunun için temel olan bakım güvence sistemi oluşturulmalı ve sürdürülebilirliği sağlanmalıdır.

Türkiye’de USB hizmetlerine ilişkin verilere bakıldığında evde bakım hizmetlerinin yeterli olduğu izlenimine kapılmak **yanlış olacaktır**. Artan yaşlı nüfus ve bununla birlikte kronik hastalık ve engellilik durumlarındaki artış, sosyo-ekonomik şartların değişmesi ile küçülen aile yapısı, kurumsal bakım hizmetine olan ihtiyacı da artırmaktadır. Evde bakım ayrıca kadınların için de eğitim ve istihdamdan uzak kalmasına neden olmakta ve dezavantajlı konuma düşürmektedir.

Özellikle uzun yıllar bakım vermek zorunda kalan kadınların, sosyal haklardan mahrum kalmasına neden olmaktadır. Bakım veren kadınların sosyal güvenceye kavuşturulması, özellikle bakım hizmetlerine erişiminde öncelik sağlanması gibi imtiyazları devlet vermelidir. Enformel bakım sağlayıcılara kısa süreli meslek edindirme eğitimleri verilerek hastasına evde bakmak zorunda olup işgücüne katılamayan kişiler, özellikle kadınlar meslek sahibi yapılabilir. Bu mesleğin toplumda daha düşük sosyal statü seviyesinde yer alan “*bakıcı*” olarak anılmasından ziyade “*Bakım destek elemanı*” adıyla anılabilir. İlk hedef grup, Devletin evde bakım için nakit yardımlar verdiği kişiler olabilir. Böylelikle nakit yardım yerine sigortası olan bir meslek adı altında ücretini alabilir.

Alzheimer hastalığında bakım alan ve bakım verenin çoğunlukla kadın olması nedeniyle bakım dalayısıyla “*iyi bakım*” bir kadın sorunsalıdır şeklinde düşünülebilir. Kadın sorunu olarak algılanmakla birlikte bu durum doğru değildir. Bu algı, kadınlara bakım hizmeti verme sorumluluğunu yükleyerek onları geleneksel rollere hapsetmesi anlamında eleştirilebileceği gibi gerçeği de yansıtmamaktadır. Alzheimer özelinde yakınlarına bakım veren erkekler de bulunmaktadır. Politikaların da bakımı verenlerin formel ya da enformel sadece kadınlar ile sınırlayan bakış açısının ötesine geçmesi önemlidir. Bu sorunsalın çözümünün de bakım veren kadını odağına alarak yapılandırılması gerekmektedir.

Araştırmada, formel bakım verenlerin iyi bakım tanımlaması yaparken “*yüzüm gülmeli, yüzü gülmeli*” yaklaşımı ile özetledikleri yaşam kalitesine dayalı iyi bakım kavramı yine bakım veren üzerinden kurgulanması gereğini ortaya çıkarmaktadır. Enformel ya da formel bakım verenin tükenmişliğinin önüne geçilmesi, özlük haklarının korunması, iş yükünün sınırlandırılması, çalışma saatlerinin belirlenmesi, ayrıca destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Aynı zamanda bakım hizmetinin toplumda saygın bir meslek halini alması için tedbirler alınmalıdır. Bakım verenlerin standart ve yeterliliklerinin belirlenmesi ve izlenmesi gereklidir. Bakım vermek durumunda kalması nedeniyle işgücüne katılmayan enformel bakım verenlerin sosyal güvenceleri sağlanmalıdır. Gelir düzeyine bakılmaksızın enformel bakım verenlere ücret ödenmelidir. Aynı zamanda sosyal yaşama katılımları desteklenmelidir. Özellikle enformel bakım veren yaşlı kadınları koruyan yaklaşımlar oluşturulmalıdır. Hem bakım hizmeti veren hem de bakım hizmeti alan kadın ve erkeklerin ihmal ve istismar edilmesinin önüne geçilmelidir. Ayrıca, kalite göstergesi olarak bakım verenin sağlık bulguları, dinlenme ve izin düzenlemeleri, inisiyatif-sorumluluk alma düzeyi, bilgi-becerileri ve değerleri de izlenmelidir.

Türkiye’de bakım ihtiyacına yönelik kapsamlı araştırma en son HÜ Nüfus Etütlerinin 2008 yılında yapmış olduğu araştırmadır (HÜ,2008). Daha sonrasında bu çalışma yenilenmemiştir. Türkiye’de USB hizmetlerinin sistem olarak kurulabilmesi için bu ve benzer araştırmaların yenilenmesi, insangücü ve finansman projeksiyonlarının yapılması ya da en azından nicel araştırma tasarımı aşamasında mutlaka USB alanında çalışma yapanların dâhil edilmesi önerilebilir.

Kısacası USB sistemi, bir fil gibi de sadece hortum, diş, kuyruk ya da kulaktan ibaret değildir. USB hizmetinin sağlıklı bir sistem içinde tüm parçalarının bir bütün halinde ele alınması ile bakıma ihtiyaç duyanların “*tedavi, bakım ve rehabilitasyona erişim hakları*”ndan yararlanmsı sağlanmalıdır. Böylece bakıma ihtiyaç duyanların, Alzheimer hastalarının hassasiyetini taşıyan kaliteli bakım hizmetine ulaşması için gerekli “*USB politikası belirleme*” çalışmaları yapılmalıdır.

Kaliteli bakım konusunda Alzheimer hastalığı özelinde yapılan bu çalışmada, “*Alzheimer Dostu Bakım Hizmeti*”nin sadece evde ya da kurumsal bakım hizmeti ile sınırlı kalmayacağı bir bütünün parçaları olarak tasarlanması gerektiği ortaya çıkmıştır. Alzheimer hastalığı özelinde USB hizmetlerinde kalite tanımlamalarının ve göstergeleri geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Araştırmada, kalite göstergesi olarak hastane başvurularının ve ilaç kullanımının azalması, yatak yarası ve düşmelerin önlenmesi önemsenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bakım Hizmeti Kalite Standartlarınının, Alzheimer hastalarına bakım ve rehabilitasyon hizmeti veren tarafların algısına dayalı olarak yeniden ele alınması ve araştırmada ele alınan kavram, ögeler ve yaklaşımlarını içermesi gerektiği düşünülmektedir. USB hizmetleri kalite standartları geliştirilirken, bakıma dair hatta Alzheimer hastalığında olduğu gibi mental sorunları olanlar için de kalite kavramlarının ve göstergelerinin ayrı ayrı belirlenmesi önerilir.

Sonuç olarak; “*Alzheimer Hastalarına Özgü Bakım Kalite Standartları*” yaklaşımı geliştirilmesinde ele alınması gerekli görülen özgün kalite kavramları ve yaklaşımlar olarak; hasta değerlerine saygı, etkililik, güvenlik, koordinasyon, mahremiyetin korunması, sakinleştirilmesi, ikna etme, özgün iletişim ve empati kurulması, inisiyatif ve sorumluluk alma, özveride bulunma, değerler, tutumlar ve çaresizlik/ tükenmişlikten koruma ortaya konmuştur. Bunun ötesinde USB hizmetinin bütünselliğinin sağlanabilmesi için özellikle bakım hizmetlerinin yönetsel olarak; tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile devamlılığı sağlanmalıdır. USB kapsamında ev ile kurumsal bakım arasında geçişler yapılabilmesi, sağlık-bakım kurumları arasında koordinasyon sağlanmalı, formel ve enformel bakım verenler arasında iletişim güçlendirilmeli, sağlık-bakım ve rehabilitasyon profesyonelleri arasında ekip anlayışı ile çalışılmalıdır. Bireye özgü hizmetin tasarlanması için vaka yönetimi kullanılması gerekmektedir.

Alzheimer hastalarına bakım hizmetlerinde etkililik ve güvenliğin sağlanması için çevre düzenlemeleri/çevrenin taşınması gerçekleştirilmeli, hastanın ajitasyonunun önüne geçen “*durum yönetimi*” dikkate alınarak sosyal katılımı sağlanmalıdır. Ayrıca tedavinin yanında mutlaka rehabilitasyon hizmetleri de bakım hizmetine dahil edilmelidir. Kaliteli

bakım için formel / enformel bakım hizmeti verenlerin sürekli eğitimi yapılmalı ve hijyen kurallarına uygun öz bakımın yapılması izlenmelidir.

İyi bakım hizmetinin verildiğine dair kalite göstergeleri izlenmelidir. Bu göstergelerinden; hastanın duygu durumuna ilişkin gösterge olarak; hastanın “*yüzünün gülmesi*” (mutlu olması), ajitasyonun kontrolü (ilaç dışı yöntemlerin kullanılması) çabalarının varlığı aranmalıdır. Bakım alan Alzheimer hastasının sağlık bulguları (kronik hastalıklarının kontrolü, vital bulgular vb.), yemek yeme durumu, kilo, su tüketimi, dışkı kontrolü, hareketliliğinin izlenmesi önerilebilir. Kalite göstergelerinden bir diğer önemli gösterge ise bakım verenlerin (formel / enformel) duygu durumu, tükenmişlik sendromu ve yaşam kalitesinin (yüzünün gülmesi-mutlu olması) takibidir.

Bu araştırma, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin ve bakım hizmetleri kalite standartları belirleme çalışmalarına katılanların iyi bakım algısını öğrenmek amacıyla yapılmıştır. İstek, ihtiyaç ve memnuniyetlerini ifade etmek zorluğu bulunan Alzheimer hastalarına iyi bakım hizmeti verilmesi için bakım hizmeti kalite standartlarının olası geliştirilme çalışmalarına katkı vermekte hedeflenmiştir. Alzheimer hastalarının mental bozukluk, gerilik, hastalık gibi problemleri ile birlikte diğer yetersizlikleri bulunanların da iyi bakım ve rehabilitasyon hizmeti ihtiyaçları bulunmaktadır. Benzer problemlere sahip diğer bireyler için hizmetin geliştirilmesi amacıyla benzer çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bakım hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmalarında kanıta dayalı bilgilerin artırılması ve “*bakımın ihtisaslaşması*” için hastalık/ engellilik gruplarının kaliteli bakım algısını öğrenme amaçlı nitel araştırmalar çoğaltılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Age Platform. (2015). *AGE UK, Agenda for Later Life 2015: A great place to grow older (London, Age UK). Age Platform Europe*. Erişim: 12 Ekim 2017 tarihinde,
<http://www.ageuk.org.uk/professional-resources-home/policy/agenda-for-later-life/> adresinden alındı.
- Age Platform. (2016). *Age Platform Europe position on Article 19 of the UNCRPD, Age Platform Europe*. Erişim: 28 Temmuz 2017 tarihinde,
http://www.ageplatform.eu/images/stories/Publications/papers/AGE_input_CRPD_Art19.pdf. adresinden alındı.
- Age Platform. (2017). *AGE Platform Europe. Age Platform Europe*. Erişim: 13 Temmuz 2017 tarihinde,
<http://www.age-platform.eu/> adresinden alındı.
- Ak, M. (2017). Yaşlı Yoksulluğu. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 197-208.
- Akalın, A. E. (2014). *Türkiye’de Ev Hizmetlerinde Çalışan Göçmen Kadınların Toplumsal Ve İktisadi Varoluş Stratejileri Üzerine Sosyolojik Bir Analiz*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı.
- Aközer, M. ve ve diğerleri. (2011). Türkiye’de Yaşlanma Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Aile ve Toplum*, Cilt 7, Sayı 27.
- Akpınar, B. ve ve diğerleri. (2011). Clinical Scholarship Effects of Gender on Burden Among Caregivers of Alzheimer’s Patients. *Journal of Nursing Scholarshi*, 43:3, 248–254. C.
- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, Sayfa 32–49.
- Akyar, İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri-Nursing Care of Demented Patient and Care Models. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, Sayfa 79-88.

- ANCIEN. (2012). *Assessing Needs of Care in European Nations*,. European Commission European Research Area, Erişim: 5 Kasım 2017 tarihinde, <http://www.ANCIEN-longtermcare.eu/> adresinden alındı.
- Andrea, E. ve diğerleri. (2016). *Juggling Family And Work – Leaves From Work To Care Informally For Frail Or Sick Family Members – An International Perspective*. European Center, Policy Brief Viena: European Centre, Erişim: 12 Ekim 2017 tarihinde, [file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0916_ASMFRR%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0916_ASMFRR%20(1).pdf) adresinden alındı.
- Andy, A. ve Billings , J. (2003). *Integrated health and social care for older persons: Theoretical and conceptual issues* Centre for Health Services Studies. İngiltere: University of Kent at Canterbury U., Erişim: 21 Ekim 2017 tarihinde, https://www.researchgate.net/publication/267773876_Providing_integrated_health_and_social_care_for_older_persons_in_the_United_Kingdom adresinden alındı.
- Arbeiter-Samariter, B. (2015). *Bakım Sigortası Hizmetleri*. Köln : DFS Druck, Brecher Gmb H. Erişim: 21 Ekim 2017 tarihinde, [file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/pflegetagebuch-tuerkisch-2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/userrr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/pflegetagebuch-tuerkisch-2015%20(1).pdf) adresinden alındı.
- Arun, Ö. (2014). Kurumsal Bakım Sektöründe Ageism: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Önerileri . *Mediterranean Journal of Humanities*, IV/2, Sayfa 19-33 .
- Artan, T. (2013). Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Aile İçi İstismar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 24, Sayı 2.
- ASPB. (2011). *Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması (TAYA)*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Afşaroğlu Matbaası.
- ASPB. (2012). *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu*. Erişim: 11 Eylül 2017 tarihinde, <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yasli-hizmetleri> adresinden alındı.

- ASPB. (2013) a. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Stratejik Plan (2013-2017)*. Erişim: 29 Temmuz 2017 tarihinde,
file:///C:/Users/userr/Desktop/8.%20EYHGM/aspb%20performans/ASPB%202013-2017%20%20strateji%20planı.pdf adresinden alındı.
- ASPB. (2013) b. *Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Engelli Bireylerin Diğer Hizmetlerden Yararlanmasi Hakkında Genelge*. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Erişim: 11 Eylül 2017 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/genelgeler/201308-sayili-evde-bakim-hizmetinden-yararlanan-engelli-bireylerin-diger-hizmetlerden-yararlanmasi-hakkinda-genelge> adresinden alındı.
- ASPB. (2013) c. *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı-Uygulama Programı*. Erişim: 14 Eylül 2017 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yasli-hizmetleri> adresinden alındı.
- ASPB. (2013) d. *Almanya Uzun Süreli Bakım Raporu Çevirisi* Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri genel Müdürlüğü
- ASPB. (2014) a. *Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Bakım Hizmetleri Kalite Standartları*. Erişim: 13 Ekim 2017 tarihinde,
http://eyh.aile.gov.tr/data/54732e16369dc54930f7ead4/BHKS_TÜMÜ_BÜYÜK%20KİTAP_KASIM%202014_SON.pdf adresinden alındı.
- ASPB. (2014) b. *Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Evde sağlık ve bakım İşbirliği Protokolu*. Erişim: 12 Ekim 2017 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/haberler/bolu-ili-evde-saglik-ve-bakim-isbirligi-protokolu-duzenlenen-torenle-imzalandi> adresinden alındı.
- ASPB. (2016) a. *Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Yıllık Faliyet Raporu*. Sayfa 106. Ankara: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı.
- ASPB. (2016) b. *ISO Kalite Yönetim Sistemi Projesi Bilgi Notu. Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı*. Ankara: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı.
- ASPB. (2016) c. *Meslek Standart ve Yeterlilik Çalışmaları*. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 23 Haziran 2017 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/duyurular/engelli-ve-yasli-bakim-eleman-bakim-koordinatoru-ve-gerontolog-mesleki-standartlari-yayimlandi> adresinden alındı.

- ASPB. (2016) d. *Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*, Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 23 Ekim 2017 tarihinde,
<http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293ea2369dc32358ee2b25/YA%C5%9ELI%20N%C3%9CFUS%20ve%20MAL%C4%B0%20Y%C3%9CK%20ANAL%C4%B0Z%C4%B0.pdf> adresinden alındı.
- ASPB. (2017) a. *Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi*. Ankara: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- ASPB. (2017) b. *Engelli ve yaşlı bireylere ilişkin istatistikî bilgiler*. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 9 Ocak 2018 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/data/56179f30369dc5726c063e73/Bülten-Ekim2017.pdf> adresinden alındı.
- ASPB. (2017) c. *Ulusal ve Uluslararası Mevzuat*. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 11 Ekim 2017 tarihinde,
www.aile.gov.tr adresinden alındı.
- ASPB. (2017) d. *Yaşlı Destek Programı (YADES) Raporu*. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 10 Ocak 2018 tarihinde,
<http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-destek-programi-yades-2017> adresinden alındı.
- ASPB. (2018) a. *Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Kurumsal Bakım İhtiyacı Raporu Tespit ve Öneriler Raporu*. Ankara: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- ASPB. (2018) b. *Durum Tesbit Çalışması 2013-2017 Sonuç Raporu*. Ankara: Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- ASPB. (2018) c. *Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikî Bilgiler*. Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 7 Nisan 2018 tarihinde,
<file:///C:/Users/user/Desktop/2018-yili-nisan-ayi-bultenini-bu-baglantiyi-kullanarak-indirebilirsiniz.pdf> adresinden alındı.

- Bal, T. (2016). Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi, Journal Of Social Security*, Sayfa 159-195.
- Baykal, Ü. ve Secginli, S. (2016). Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinde Kalite Standartları: Nedir? Neden Önemlidir? *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3), Sayfa 18-24.
- Bilgili, N. (2000). *Yaşlı bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunlar belirlenmesi* Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bozkaya, Z. (2017). Türkiye'de yaşlı bireylerin cepten sağlık harcamaları ve 2050 yılı için projeksiyon. *Başkant Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sayfa 259.
- Buono, M. ve diğerleri(1999). Community Care For Patients With Alzheimer's Disease And Non-Demented Elderly People: Use And Satisfaction With Services And Unmet Needs In Family Caregivers. *International Journal Of Geriatric Psychiatry* , 14, Sayfa 915-924 .
- Ceylan, H. (2015). *Yaşlılık ve Refah Devleti*. İstanbul: Açılım Kitapevi.
- CDDH. (2013). *17. Council Of Europe Human Rights and Rule Of Law Human Rights of Older Persons Report*. Erişim: 24 Haziran 2017 tarihinde, http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Other_Committees/CDDH-AGE/default_en.asp adresinden alındı.
- Challinger, Y. ve diğerleri, (1996). Quality of Care, Quality of Life and The Relationship Between Them in Long Term Care Institutions for the Elderly. *International of Geriatric Pshiatry*.
- Chodosh, J. ve diğerleri, (2006). Effect of a Dementia Care Management Intervention on Primary Care Provider Knowledge, Attitudes, and Perceptions of Quality of Care. *The American Geriatrics Society, JAGS* 54, Sayfa 311–317.
- Christensen, K. ve Waerness, K. (2018). Long term care in Norway. K. Christensen, ve D. Piling (Ed.), *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World* (s. 22,26). Newyork: Routledge.

- Conde-Sala, J. ve diğeri, (2009). Factor related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease; the patient's perception compared with that of care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, Sayfa 585-594.
- Corbin, J. ve Strauss, A. (2009). *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Publication USA.
- Çavlin, A. ve diğeri, (2013). *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Çolak, M., ve Özer, Y. E. (2015). Sosyal Politika Anlamında Aktif Yaşlanma Politikalarının Ulusal Ve Yerel Düzeydeki Analizi . *Electronic Journal of Social Sciences* , Cilt:14, Sayı:55, Sayfa 115-124 .
- ÇSGB. (2018). *Yabancıların Çalışma İzinleri Çalışma Hayatı İstatistikleri*, Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Erişim: 9 Ocak 2018 tarihinde, <https://www.cs.gb.gov.tr/media/7315/yabancilarin-çalışma-İzinleri-2016.pdf> adresinden alındı.
- Dandi, R. ve diğeri,(2010). *Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) Quality Assurance Indicator of Long Term Care. No. 110: European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRİ) Project Report*, Viyana. Erişim: 9 Şubat 2018 tarihinde, http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RR%20No%20110%20_ANCIEN%20WP5D5.2_%20LTCQualityAssuranceIndicatorsinEuropeanCountries.pdf adresinden alındı.
- Dandi R. ve diğeri, (2012). *Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) Long-Term Care Quality Assurance Policies In European Countries. European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRİ) Project Report*, Viyana. Erişim: 9 Şubat 2018 tarihinde, http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIPBNo11%20_ANCIEN_%20QualityPoliciesandIndicatorsforLTC.pdf adresinden alındı.
- Deniz, N. (2016). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalite Algısının Ölçümüne Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması*. Doktora Tezi. Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

- Dericioğulları-Ergun, A. (2017). Türkiye’de Yoksulluk ve Dezavantajlılık Halleri: Yaşlı Kadın Olmak Üzerine Bir Okuma. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 11 (24), Temmuz-Aralık, Sayfa 17-36.
- Dıwan, S. ve diğerleri, (2004). Strain Experienced by Caregivers of Dementia Patients Receiving Palliative Care: Findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) Program. *Journal Of Palliative Medicine*, Volume 7, Number 6.
- Dural, B., ve Con, G. (2011). Türkiye’de Sosyal Devlet ve Yaşlı Hakları Üzerine Bir İnceleme, *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu*, Sayfa 483-496.
- DPT. (2007). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*. Devlet Planlama Teşkilatı- Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Erişim: 13 Eylül 2017 tarihinde, http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plani.pdf adresinden alındı.
- Genç, Y. ve Barış, İ. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 3, Sayı: 10, Sayfa 36-57.
- Ebersole, P. ve diğerleri, (2008). *Toward Healthy Aging Human Needs and Nursing Response*. . Canada: Mosby Elsevier Company. Sayfa: 8-12
- Ehrenreich, B. ve Hochchild, A. (2004). *Global Woman, Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York: Birinci Baskı, Holt Paperbacks Yayınları.
- Ergin, İ. (2016). Yaşlı sağlığı ve sosyal politikalarda kamusal destek ne durumda? Türkiye ve dünyada mevcut durum. *Ege Tıp Dergisi*, 55 -Ek Sayı, Sayfa 12-18.
- E-QALIN. (2007). *Quality management in health, social and long-term care: E-Qalin*. Erişim: 18 Temmuz 2017 tarihinde, <http://www.e-qalin.net/> adresinden alındı.
- Esatoğlu, A.ve diğerleri, (2013). *Türkiye’de Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetleri*. Erişim: 7 Aralık 2018 tarihinde, <http://slideplayer.biz.tr/slide/2656400/> adresinden alındı.
- EU. (2014). *Working Group on Ageing Populations and Sustainability, Europa Union*. Erişim: 28 Temmuz 2017 tarihinde,

- http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm adresinden alındı.
- Feder, J., Harriet, K., ve Niefe, M., (2018). Long-Term Care In The United States:An Overview. *Health Affairs*, V o l u m e 1 9 , N u m b e r 3.
- Fernandez, J., ve ve diğ erleri, (2009). *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long term car for older people? Permanand*. Denmark: WHO. Erişim: 28 Temmuz 2017 tarihinde, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf adresinden alındı.
- Hablemitoğlu, ř. ve Özmete, E. (2010). *Yaşlı Refahı: Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet*. Ankara: Kilit Yayınları.
- Hair, J. ve diğ erleri, (2008). *Essentials of Marketing Research*. Mc Graw Hill.
- HÜ. (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 2008 Ana Rapor*. Ankara: Hacettepe Nüfus Etütleri. Erişim: 22 Mart 2017 tarihinde, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> adresinden alındı.
- HIGN. (2018). *Hartford Institute For Geriatric Nursing Clinical Practice Guidelines* . The Hartford Institute For Geriatric Nursing: HIGN. Erişim: 7 Mart 2018 tarihinde, <https://hign.org/> adresinden alındı.
- Hoffmann, F. ve Leichsenring, K. (2011). '*Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People*' is co-financed by the European Commission in the framework . PROGRESS Avustralya: EU Programme for Employment and Social Solidarity. Erişim: 10 Mart 2018 tarihinde, [file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0611_FHKL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0611_FHKL%20(1).pdf) adresinden alındı.
- Iliev, I.ve diğ erleri, (2011). *Assisted living systems for elderly and disabled people: a short review*. Int. J. Bio Automation.
- İlkkaracan, İ. (1998). Göç, Kadının Ekonomik Konumu, Hareket özgürlüğü ve Aile İçi Güç Dinamikleri. *İktisat dergisi*, 377, Sayfa 62-67.
- IOM. (2000.). *Improving the Quality of Long-Term Care*, Institute of Medicine. *IOM Report* . Washington : D.C.:IOM.

- ISO. (1997). *International Organization for Standardization*, ISO. Erişim: 3 Kasım 2017 tarihinde,
<https://www.iso.org/the-iso-story.html> adresinden alındı.
- ISO. (2011). *International Organization for Standardization*, ISO. Erişim: 25 Eylül 2017 tarihinde,
[.org: https://www.iso.org/news/2011/03/Ref1559.html](https://www.iso.org/news/2011/03/Ref1559.html) adresinden alındı.
- ISO. (2017). *International Organization for Standardization*. ISO. Erişim: 3 Kasım, 2017 tarihinde,
[org: https://www.iso.org/the-iso-story.html](https://www.iso.org/the-iso-story.html) adresinden alındı.
- JCI. (2012). *Joint Commisison International*, JCI. Erişim: 20 Eylül 2017 tarihinde,
<https://www.jointcommissioninternational.org/directory/paula-wilson/> adresinden alındı.
- JCI. (2015). *Accreditation Standards For Long Term Care*, Joint Commission International. Erişim: 23 Mart 2017 tarihinde,
<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Long-Term-Care-Standards-Only.pdf> adresinden alındı.
- JCI. (2016). *Joint Commisison International*, JCI. Erişim: 5 Eylül 2017 tarihinde,
http://www.safe-care.org/uploads/090311_2_Ms%20Paula%20Wilson.pdf adresinden alındı.
- Kalkınma Bakanlığı. (2014). *T.C. Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Sf. 285. Ankara: Kalkınma Bakanlığı,
- Kalkınma Bakanlığı. (2018). *T.C. Kalkınma Bakanlığı Onbirinci Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Yayınlanmamış Raporu*. Ankara
- Kalaycıoğlu, S. ve diğerleri, (2003). *Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri*. Sayı 5, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları.
- Kalaycıoğlu, S. ve diğerleri, (2016). *Bakım-Sektöründe Kayıt Dışı Kadın Emeğinin Farklı Aktörleri Ve Boyutları*. Dünya Bankası. Erişim: 8 Mart 2018 tarihinde,
<http://kasaum.ankara.edu.tr/files/2013/02/Bakım-Sektöründe-Kayıt-Dışı-Kadın-Emeğinin-Farklı-Aktörleri-Ve-Boyutları.pdf> adresinden alındı.
- Karaca, H. ve diğerleri, (2016). Alzheimer Hastası Yaşlı Bakımının Aile Üyesi Bakıcı Kadınlara Etkisi . *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı:7.

- Kane, A. ve diğ erleri, (1998). *Who's safe? Who's sorry? The duty to protect the safety of clients in home- and community-based care*. Generations. Eriş im: 8 Mart 2018 tarihinde,
http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/aging/documents/pub/dhs16_141183~1.pdf adresinden alındı .
- Kasper, J., ve Ve diğ erleri(1992). *Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care*. Quality Review Bulletin.
- Kaya, S. (2005). *Sağ lik Hizmetlerined Sürekli Kalite İyileş tirme*, Ankara: Pelikan.
- Kaya, S. (2013). Sağlık Kurumları Yönetimi. A. Ö. Yayını içinde, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (s. No: 1821). Eskiş ehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864.
- Kaygıs ıznel, S. (2010). Uzun Dönemli Bakım Sigortasının Stokastik Modellemesi. *Hacettepe Üniversitesi-Aktüarya Bilimleri*.
- Keskinoğlu, P. ve diğ erleri, (2004). Yaş lıda Fiziksel, Finansal Örselenme ve İhmal Edilme, *Türk Geriatri Dergisi*, 7, Sayfa 57-61.
- Kocaoğlu, Y. (2012). Yaş lı Bakım Sigortası ve Finansal Modeller. N. Kırdı, F. Can ve ve diğ erleri,(Ed.) *I. Uluslararası Katılımlı Yaş lı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi Kitabı* (Sayfa 375). Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Kohler, G. ve diğ erleri, (2001). *Improving the Quality of Long Term Care*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Koş tu, N. (2005). Yaş lı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Halk Sağlığı Hemş iresinin Rolü. *Özveri Dergisi*, Sayfa 527-534.
- Kulaksızoğlu, B. ve Yücel, N. (2014). *Alzheimer Hastası İle Yaşamak*. İstanbul: Yelken Basım.
- Küçükğ üçlü, Ö. ve diğ erleri, (2017). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemş irelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, Cilt 10, Sayı 2.
- Lawton, M. (1984). *The Vrieties of Welbeing*. Beverly Hills: Emotion in a Adult Development.
- Legido-Quigley, H. (2008). *Assuring The Quality of Health Care in European Uniun*. United Kingdom: MPG Books.

- Leichsenring, K. (2004). *Developing Integrated Health And Social Care Services For Older Persons In Europe*, *International Journal of Integrated Care*, Europa Centre. Erişim: 23 Agustos 2017 tarihinde, <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.107/> adresinden alındı.
- Leichsenring, K. (2005), *PROCARE - Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons: Issues, Problems and Solutions*, Viena: Europa Centre. Erişim: 18 Haziran 2017 tarihinde, http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=127 adresinden alındı.
- Leichsenring, K., ve diğerleri, (2013). *Long-term Care in Europe – Improving Policy and Practice*. Avusturya: Palgra ve Macmillen.
- Leichsenring, K., Winkelmann, J., ve Rod, R. (2014). *To Make or to Buy Long-term Care III: Quality Assurance to Avoid Market-failure*. Viena: Europa Center.
- Lenichsenring, K. ve diğerleri, (2016). *The view from within: “Good” care from the perspective of care professionals – lessons from an explorative study*. Viena: Europa Center.
- Lethbridge, J. (2005). *Care Services in Europe, Public Services International Research Unit (PSIRU)*. London: Business School of University of Greenwich.
- Loring, K. ve diğerleri, (1999). *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial*. USA: Medical Care.
- Lök, N. (2015). Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmalı: Sistematik Derleme . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658* , 7(2), Sayfa 149-156 .
- Lök, N., Günbayı, İ., ve Buldukoğlu , K. (2015). Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), Sayfa 91-92.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research Design-An Interactive Approach*. London: Sage Puplication. Ins.
- Mot, E. ve Willeme, P. (2012) *Assesing Needs of Care İin European Nation*,. European of Economic Policy Research İnstitues. Sayfa 12-19. Erişim: 20 Kasım 2017 tarihinde, http://www.ANCIEN-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20PB14%20_ANCIEN_%20Assesing%20Needs%20of%20Care.pdf adresinden alındı.

- Neal, M., ve Barton-Wright, P. (2007). Validation therapy for dementia. *The Cochrane Library*, Issue 1.
- Neuman, W. (2013). *Social Research Methods: Qualitative And Quantitative Approaches Seventh Edition*. Erişim: 21 Eylül 2017 tarihinde,
https://cleavermonkey.files.wordpress.com/2015/10/w-lawrence-neuman-social-research-methods_-qualitative-and-quantitative-approaches-pearson-education-limited-2013.pdf adresinden alındı.
- Nies ve diğerleri, (2010). Healty Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links (*INTERLINKS*). Vienna: Funded By The European Commission Under The Seventy Framework Programe Grant Agreement No: 223037.
- OECD. (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2013). *A good Life in Old Age?Monitoring and Improving Quality in Long Term Care*. European Commission, OECD. Sayfa 105. Erişim: 15 Kasım 2017 tarihinde,
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en> adresinden alındı.
- OECD. (2015) a. *Multilingual Summaries Health at a Glance 2015 OECD İndikator*. OECD. Erişim: 15 Kasım 2017 tarihinde,
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015/summary/english_47801564-en#page1. adresinden alındı.
- OECD. (2015) b. *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. OECD. Erişim: 12 Ekim 2017 tarihinde,
<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf> adresinden alındı.
- OECD. (2016). *Live Longer, Work Longer: A Synthesis Report*, OECD. Erişim: 17 Temmuz 2017 tarihinde,
<http://www.oecd.org/employment/livelongerworklonger.htm> adresinden alındı.
- OECD. (2017). *Ageing and Employment Policies*, OECD. Erişim: 19 Temmuz 2017 tarihinde,
<http://www.oecd.org/els/emp/ageingandemploymentpolicies.htm> adresinden alındı.

- Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Türk Geriatri Dergisi*, 10, Sayfa 2.
- Oğlak, S. (2008). *Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri)*. İskenderun: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.
- Oğlak, S. (2011). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri . "*İŞ, GÜÇ*" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt/Vol: 13 - Sayı/Num: 04122.
- Onarcın, M. (2012). *Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Copright © SD Dergi. Erişim: 12 Haziran 2017 tarihinde,
<http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ülke-modeli-icin-oneriler.aspx> adresinden alındı.
- Ökem, Z. G. (2014). *Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları*. Ankara: Nobel.
- Önal-Dölek, B. (2012). *Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım*. Klinik Gelişim Dergisi, 25, Sayfa 95-99.
- Özbabalık, D. ve Hüssein, S. (2015). *Aile ve Sosyal Politiklar Bakanlığı Demans Bakım Modeli Raporu, Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi Raporu*. Erişim: 9 Ocak, 2018 tarihinde,
<http://abdisdb.aile.gov.tr/projeler/bakanligimizin-sosyal-icerme-politikalari-alaninda-kurumsal-kapasitesinin-artirilmasi-projesi> adresinden alındı.
- Özcan, M., ve Kapucu, S. (2009). *Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları*. Akademik Geriatri Dergisi.. Erişim: 7 Mart 2018 tarihinde,
http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-03/html/2009-1-3-167-172.htm adresinden alındı.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç. ve diğerleri, (2014). Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidispliner Bakım Protokolü. *AĞRI Dergisi*, Sayfa 47-56.
- Özge, A. Ve diğerleri, (2008). Demanslı Hastalarda Kognitif Bozulma ve Nöropsikiyatrik Etkilenmenin Günlük Yaşam işlevleri Üzerine Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşiv Dergisi*, 45, Sayfa 14-818.

- Özgöbek, H. R. (2012). Bakım Politikası Analizi ve bakım Modellerine Olan Gereksinim. N. Kırdı, F. Can ve ve diğerleri,(Ed.) *I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi Kitabı* (Sayfa 317). Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Özgöbek, H. R. ve Sömez A. (2014) . Stratejik Yönetim. *Sosyal Hizmet Bölümü Kitapları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim .
- Özgöbek, H. R., ve Yazıcı, C. T. (2016). Ulusal Ve Uluslararası Yaşlanma Politikaları. N. Bilgili , ve Y. Kitiş (Ed.) , *Yaşlanma ve Yaşlı Sağlığı*. Ankara: Vize.
- Özmete, E. (2017). *Türkiye 'de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Öztop, H. ve ve diğerleri,(2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu Ve Olumsuz Yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), Sayfa 39-49.
- Öztürk, G. (2012). İdeal Alzheimer Bakımevleri Nasıl Olmalı? *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 5(3), Sayfa 97-101.
- Pfeiffer, J. E. (2010). Similarities - Differences In Long-Term Care Of Different Groups? Vienna: Healty Systems and LTC for Older People in Europe Modelling the Interfaces and Links (INTERLINKS) Final Conference. Erişim: 20 Ocak 2018 tarihinde, https://cordis.europa.eu/project/rcn/88608_en.html adresinden alındı.
- Pothoff, S. ve diğerleri, (1998). *Improving hospital discharge planning for elderly patients*. Health Care Financing Review.
- PRB. (2017). *Population Reference Bureau*, World Population Data Sheet. Erişim: 10 Mart 2018 tarihinde, http://www.prb.org/pdf17/2017_World_Population.pdf adresinden alındı.
- Reiser, S. (1993). *The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care*. USA: Journal of the American Medical Association.
- Resident Assessment Instrument. (2005). *CH 1: Resident Assessment Instrument* . CMS's RAI Version 2.0 Manual. Erişim: 22 Mayıs 2018 tarihinde, http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/Resources%20and%20Publications/Federal_Resources/RAI/RAI%20Chapter%201_March2006.pdf adresinden alındı.
- Roter, D. ve ve diğerleri,(1998). *Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis*. USA: Medical Care.

- Sage-Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. London: Thousand Oaks.
- Sariduman, M. (2016). *Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Akreditasyon Uygulamalarının Ve Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Örnek Bir Uygulama*,. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Ankara.
- Schalock, R. (2006). *Quality of life as an Objective of catalan Social Services; Implications for Policy and Practice*. Barcelona: Catalan Enstitu.
- Schulmann, K., Ilinca, S. ve Leichsenri, K. (2017). *Community care for people with dementia: A handbook for policymakers* . Viena: Europa Center.
- Schulmann, K., Gasior, K., Fuchs, M., ve Leichsenring, K. (2016). *The view from within: "Good" care from the perspective of care professionals – lessons from an explorative study*. Viena: European Centre. Erişim: 21 Ekim 2017 tarihinde, file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PB_0216_KSKGMFKL%20(1).pdf adresinden alındı.
- Shaw, C. ve diğerleri, (2002). *A background for national quality policies in health systems*, World Health Organisation. Erişim: 15 Temmuz 2017 tarihinde, <http://test.cp.euro.who.int/document/e77983.pdf> adresinden alındı.
- Soner, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, , Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 375-387 375.
- Spector, A. (2006). Quality of Life (QoL) in Dementia: A Comparison of the Perceptions of People With Dementia and Care Staff in Residential Homes. *FRCPsych Alzheimer Disease ve Associated Disorders*, Volume 20 - Issue 3, Sayfa 160-165.
- Stoopendaa, A. ve diğerleri, (2013). *Conferences, tablecloths and cupboards: How to understand the situatedness of quality improvements in long-term care*, University of Kent-Library search. Erişim: 17 Mayıs 2017 tarihinde, http://pmt-eu.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTabvect=displayvefn=searchvedoc=TN_proquest1269784895veindx=4verecIds

=TN_proquest1269784895verecIdxs=3veelementId=3verenderMode=poppedOuvdisplayMode=fullvefrbrVersion=9vefrbg adresinden alındı.

- Stuck, A. ve diğerleri, (1993). *Comprehensive geriatric assessment: a metaanalysis of controlled trials*. The Lancet.
- Şenol, D. ve Erdem, S. (2017). Yaşlılık ve Yaşlı Kadınlarda Huzurevi Algısı: Nitel Bir Çalışma. *Dergipark Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 7-Sayı2.
- Taşcı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. *Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikaları Dergisi*, 175-202.
- Taşcı, F. (2013). Refah Devleti Modelleri İçinde Türkiye'nin Pozisyonu: "Yaşlı Algısı" Üzerinden Değerlendirmeler. *İnsan ve Toplum Dergisi*, 3 (5), Sayfa 5-35.
- Tekin, N. ve diğerleri,(2010). Alzheimer Disease Care, Treatment and Follow Up. *Turkihs Family Physician*, Sayfa 47.
- Tomanbay, İ. (2016). *Yaşam Destek Projesi*, Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgelendirme ve Eğitim Vakfı (SABEV). Erişim: 9 Ocak 2018 tarihinde, <http://www.sabev.org.tr/> adresinden alındı.
- Toprak, D. K. ve Şahin, B. (2013). *ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemlerinin Kamu Hastanelerinin Performansı Üzerine Etkisi*. Amne İdaresi Dergisi, Ankara.
- Tufan, İ. (2016). *Türkiye'de Bakım Muhtaç Alzheimer Hastası Yaşlıların Bakımı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınlar.
- TÜİK. (2015). *İstatistiklerle Yaşlılar*, Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 10 Kasım 2017 tarihinde, www.tuik.gov.tr adresinden alındı.
- TÜİK. (2016). *İstatistiklerle Yaşlılar*, Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: 23 Mayıs 2017 tarihinde, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644> adresinden alındı.
- TÜİK. (2017). *İstatistiklerle Yaşlılar*, Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: Eylül 12, 2017 tarihinde, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644> adresinden alındı.
- TÜİK. (2018). *Haber Bülteni*, Türkiye İstatistik Kurumu. Sayı 27587 .
- Uluocak, Ş. (2017). *Türkiye'de Gelir, Zenginlik ve Yoksulluk içinde Gerontoloji I. Cilt*,. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- UN. (2002). *Political Declaration And Madrid International Plan Of Action On Ageing Second World Asseby on Ageing*, . Madrid: Political Declaration. Ceneva: United Nations..
- UN. (2012). *General Assembly, Report of the Secretary-General on follow-up to . (A/67/188)*, The Second World Assembly on Ageing. Ceneva: United Nations..
- UN (2013). *Report of the Secretary-General on follow-up to the Second World Assembly on Ageing*. Ceneva: United Nations.. (A/68/167).
- UN. (2015). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2015 revision*, Ceneva: United Nations.. Erişim: 21 Temmuz 2017 tarihinde,
<https://esa.un.org/unpd/wpp/> adresinden alındı.
- UN. (2016) a. *The Growing Need For Long-Term Care Assumptions And Realities/60+counts*, Ceneva: United Nations. Erişim: 5 Kasım 2017 tarihinde, www.un.org/development/desa/ageing adresinden alındı.
- UN. (2016) b. *United Nations General Assembly, Report of the Secretary-General on Follow-up to the Second World Assembly on Ageing*, Ceneva: United Nations (A/69/180).
- UNDESA. (2015). *16. UNDESA Open-ended Working Group on Ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons*. Erişim: 12 Haziran 2017 tarihinde,
<http://social.un.org/ageing-working-group/> adresinden alındı.
- UNECE. (2013). *Innovative and empowering strategies for care.*, Policy Brief.
- UNECE. (2015). *UNECE Ageing*. Erişim: 15 Haziran 2017 tarihinde,
<http://www.unece.org/population/ageing.html> adresinden alındı.
- UNECE. (2017). *12. UNECE Economic Commission for Europe Working Group on Ageing Report of the Working Group on Ageing on its eighth meeting*, Erişim: 12 Temmuz 2017 tarihinde,
<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/WG8/Documents/ECE-WG.1-RD1.pdf> adresinden alındı.
- Ünalın, D., Soyuer, F. ve Elmalı, F. (2012). Geriatri merkezlerinde çalışanlarında yaşlı tutumunun değerlendirilmesi. *KAFK Tıp Bilimleri Dergisi*, 115-120.

- Vicent, M. ve diğ erleri, (2014). *Regulation Long-Term Care Quality*. Cambridge: Cambreidge University Press.
- Vural, G. ve Ö zğ ö bek, H. (2017). *Sectoral Development Of Ict For Care* . DOI: 10.17261/Pressacademia.2017.556 Eriş im: 8 Ocak 2018 tarihinde, file:///C:/Users/user/Desktop/15.%20Reyhan%20doç ent/2007-2016%20best%20of%20reyhan/Makale/reghan%20gü her%20makale%202017.pdf, adresinden alındı .
- Wasson, J. ve diğ erleri, (1984). *Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men: A Randomized Trial*. Journal of American Medical Association.
- Weber, M. (1978). *Economy and Society: An Interpretive Sociology (Edited by G. Roth and C. Wittich)*. Berkeley: CA: University of California Press.
- WHO. (2002). *The World Health Report*. World Healty Organization. Eriş im: 5 Kasım 2017 tarihinde, www.who.int/who/2002 adresinden alındı .
- WHO. (2003). *Collection on Long-Term Care/ Key Policy Issues In Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2015) a. *Ageing And Life Course*. World Health Organization. Eriş im: 17 Temmuz 2017 tarihinde, http://www.who.int/ageing/en/ adresinden alındı .
- WHO. (2015) b. *World Report on Ageingand Health*. 1211 Geneva 27, Switzerland : World Health Organization.
- WHO. (2015) c. *Active Ageing: A Policy Framework. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department*. Ceneva: World Health Organization
- WHO. (2016). *Global Health and Ageing*. World Health Organization. Eriş im: 18 Temmuz 2017 tarihinde, http://www.who.int/ageing/en/ adresinden alındı .
- WHO. (2017) *Rehabilitation 2030: A Call for Action -Executive Boardroom, WHO Headquarters*, World Health Organization. Eriş im: 3 Ocak 2018 tarihinde, http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf adresinden alındı .

Yılmaz, A. ve Turan, E. (2009). Predictors of Burnout İn The Family Caregivers Of Alzheimer's Disease: Evidence From Turkey. *Australasian Journal on Ageing*, Vol 28 No 1.

Zimmerman, D. ve diğerleri, (1995). *Development abd Testing of Nursing Home Quality Indikatör*. Health Care Financing Review.

Ek 1: GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİLERİN RUMUZ VE ÖZELLİKLERİ

	Rumuz	Kısaltma	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Çalışma Durumu	Hastaya yakınlık ve diğer	Yıl
1.	Beyaz *	B.	Kadın	50	Klinik Psikolog	Huzurevinden Emekli	Kızı/ BHKS	10
2.	Harley *	H.	Kadın	35	Uzm. Fizyoterapist	Huzurevinde çalışıyor	BHKS	4
3.	Başkan *	B.	Erkek	49	Sosyal Çalışmacı	ASPB-EYHGM*	BHKS	15
4.	Tokatlı *	To.	Kadın	48	Ekonomist	Özel Bakım Merkezleri Der.	BHKS	7
5.	İstanbul *	İ.	Kadın	55	Uzm. Doktor	ASPB	BHKS	10
6.	Sessiz	Se.	Kadın	47	Enformel Bakım veren-Memur	Emekli	Kızı	7
7.	Vefalı	V.	Erkek	65	Enformel Bakım veren-memur	Emekli	Eşi	7
8.	Sanatçı	S.	Erkek	28	Formel Bakım veren	Huzurevinde çalışıyor	Çalışan	4
9.	Öğrenci	Ö.	Kadın	41	Formel Bakım veren	Huzurevinde çalışıyor	Çalışan	4
10.	Kale*	K.	Erkek	61	Yönetici	Avrupa Sosyal araştırma merkezi-Avusturya	-	30
11.	Kadın	Ka.	Kadın	44	Formel Bakım veren	Evde bakım veren	Çalışan	2
12.	Mavi	M.	Erkek	35	Formel Bakım veren	ASPB-Huzurevinde	Çalışan	11
13.	Çalışkan *	Ç.	Kadın	38	Bakım Elemanı	ASPB-Huzurevinde	Çalışan	15
14.	Denge	D.	Kadın	60	Enformel Bakım veren-Akademisyen	Üniversite	Eşi	5 yıl
15.	Titiz*	T.	Kadın	46	Hemşire	ASPB-Huzurevinde	Çalışan	25

*ASPB-EYHGM; Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK 2: GÖRÜŞME YÖNERGESİ

1. Bize yaptığınız işinizden, bakıma ilişkin deneyiminizden bahseder misiniz?
2. Ne kadar zamandır Alzheimer hastasına bakıyorsunuz? Duygu ve düşüncelerini ifade etmede zorluğu bulunan Alzheimer hastasına bakım verirken nelere dikkat edilmeli? Nasıl bir bakım vermeli biraz bahseder misiniz? Bu konuda deneyimlerinizden bahseder misiniz? (bakım hizmeti verenler için)
3. Ne kadar süredir ve ne tür bakım hizmetleri ve kaliteyle ilişkili çalışmalarınız var? Alzheimer gibi duygu ve düşüncelerini ifade etmede zorluğu olanlara bakım hizmetinde kaliteyi geliştirmek için nelere dikkat ettiniz? Bu konuda deneyimlerinizden bahseder misiniz? (BHKS hazırlanmasında çalışanlar için)
4. Kalite deyince aklınıza ne geliyor? Bakım hizmetlerinde kaliteyi nasıl algılıyorsunuz?
5. Mahremiyet,
6. Destekleyici teknolojiler,
7. Bilgilenme,
8. Koordinasyon,
9. Güvenlik gibi kavramlar size ne çağırıştırıyor?
(Konuşmanın seyrine göre konuşma sırasında tek tek hatırlatılacak)
10. Bakım hizmetlerine ilişkin bizimle paylaşmak istediğiniz başka bir şey var mı?



HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
Ph.D. DISSERTATION ORIGINALITY REPORT

HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
HEALTH CARE MANAGEMENT DEPARTMENT

Date: 17/01/2019

Thesis Title: **Quality Perception in Long Term Care Services Delivery: A Qualitative Study Specific to Alzheimer Disease**

According to the originality report obtained by my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 17/01/2019 for the total of 237 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled as above, the similarity index of my thesis is 12 %.

Filtering options applied:

1. X Approval and Declaration sections excluded
2. X Bibliography/Works Cited excluded
3. Quotes excluded
4. X Quotes included
5. X Match size up to 5 words excluded

I declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports; that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Name Surname: HATİCE REYHAN ÖZGÖBEK
Student No: N12149641
Department: Health Management
Program: Health Management
Status: X Ph.D. Combined MA/ Ph.D.

Date and Signature

17.01.2019

ADVISOR APPROVAL

APPROVED.


Prof. Dr. Sıdıka Kaya

17.1.2019



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

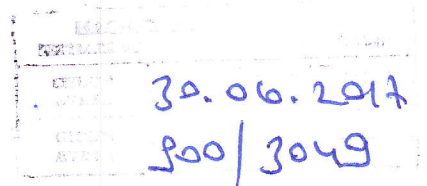
Sayı : 35853172/ 431-2314

İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyesi **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında doktora programı öğrencisi **Hatice Reyhan ÖZGÖBEK** tarafından yürütülen “**Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kalite Algısı – Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma**” başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **20 Haziran 2017** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Rahime M. NOHUTCU
Rektör a.
Rektör Yardımcısı





T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.96059
Konu : Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

15/09/2017

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hatice Reyhan ÖZGÖBEK' in Prof. Dr. Sıdıka KAYA danışmanlığında yürüttüğü "Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinde Kalite Algısı- Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma" konulu çalışmasını Ankara Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı Süleyman Demirel ve 75. Yıl HYBRM' de uygulayabilme talebi bildirilmiştir.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 11/08/2017 tarih ve 85775 sayılı yazısı ile olumlu değerlendirildiği bildirilen söz konusu araştırmanın 30/12/2017 tarihine kadar ilgili İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlüğü denetiminde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, iş akışını aksatmayacak şekilde gönüllülük esas çerçevesinde, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve araştırma bitiminde birer örneğinin Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne, Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına ve ilgili İl Müdürlüğüne gönderilmesi koşulları ile gerçekleştirilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Ali Nazmi UZUN
Daire Başkan V.

OLUR
15/09/2017

Ayşe KARDAŞ
Müsteşar Yardımcısı V.

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (mRiysv-2hgZnf-q2XX14-OKn57X-rB7mVI8D) kodunu yazınız.

EK 6: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	:Hatice Reyhan ÖZGÖBEK
Doğum Yeri ve Tarihi	:Uşak 03.01.1969
Lisans Öğrenimi	:H.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Y.O.-1989 Mezunu
Yüksek Lisans Öğrenimi	:H.Ü. SBE Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi-2007 Mezunu
Çalıştığı Yer:	* Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü- 1998-2003 *Süleyman Demirel Huzurevi- SHÇEK-Ankara - 2003-2013 *Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı -Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü- Kalite Geliştirme Dairesi/Yaşlı Hizmetleri Dairesi-Uzman, 2013- devam ediyor...

Bildiği Yabancı Diller :İngilizce

- Üye Olduğu Dernekler**
- Uşak Sakatlar Derneği Fahri Üyesi **1990- devam ediyor...**
 - TEMA Vakfı Uşak Temsilcisi
(1996 Türkiye TAMA En İyi Temsilci Ödülü) **1995-1998**
 - Geriatri Fizyoterapistleri Der. YKÜ **2005- devam ediyor...**
 - Evde Bakım Der.-Ankara Şub. Başkanı **2010-devam ediyor...**
 - EVSAD Derneği Üyeliği-**2014- devam ediyor...**
 - Türkiye Fizyoterapistler Der. YKÜ (**21./27./28. Dön**) **2016- devam ediyor...**
 - Kardiopulmoner Fizyoterapistleri Der. YKÜ **2017- devam ediyor...**
 - Yaşlılık Platformu YKÜ **2017- devam ediyor...**
 - Alzheimer Derneği Üyesi **2018- devam ediyor...**

Yayımlar

- **“I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi”**, Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (ASPB-EYHGM), **İzmir, 21 - 23 Kasım 2012, Yayına Hazırlayan**
- **“Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi”** Kitapçığı, ASPB-EYHGM, **Ankara, 2013, Hazırlık Komisyon Üyeliği**
- **“Bakım Hizmetleri Kalite Standartları”** ASPB-EYHGM, ISBN: 978-605-4628-47-6, **Ankara, 2014, Gözden Geçirme Grubu Üyeliği ve Editör**
- **“BHKS Alanda Uygulama Ve Değerlendirme- III Programı Bildiri Kitapçığı”** ASPB-EYHGM, **İzmir, 15-18 Aralık 2014, Bilimsel Sekreteryaya**

Yurtdışı Deneyim ve Görevler

- **Oslo Üniversitesi CIF (Council of International Fellowship-Social Worker) “Sosyal Hizmet Alanındaki Çalışmaların İncelenmesi Ve Deneyim Paylaşımı”** Programı (bir ay süreli), **Norveç, 2003**
- **UNECE (Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomi Konseyi-Yaşlılar Çalışma Komite), Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey, Avrupa Ekonomik Komisyonu, Yaşlılık Çalışma Grubu” 6. Toplantısı**, ASPB-EYHGM çalışanı olarak, **Cenevre/İsviçre, 25-26 Kasım 2013**
- **Avrupa Konseyi “Stering Committee For Human Rights (CDDH) Drafting Group on the Human Right of Older Person (CDDH-AGE)”**, ASPB-EYHGM çalışanı olarak, Yaşlı Hakları Toplantısı **Strazburg\Fransa, 23-25 Eylül 2013**

İletişim

: 0 506 701 90 96

E-Posta Adresi

: reyhan_ozgobek@yahoo.com

Tarih

: 19. Aralık.2018

