



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA "GERONTOLOJİK EV" KONSEPTİ

LALE TUNÇEL

DANIŞMAN
PROF. DR. AHMET AKGÜL

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 15.05.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek
Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ahmet AKGÜL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Emrah CENGİZ
İstanbul Üniversitesi
Siyasal Bilimler Fakültesi



Prof. Dr. İlhan Kerem ŞENEL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

LALE TUNCEL



İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde bana katkısı olan tüm hocalarıma, bu süreçte benden desteğini eksik etmeyen aileme ve arkadaşlarıma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde çalışan Araştırma Görevlisi arkadaşım Canser Boz'a, tez sürecinde bilgilerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İ. Kerem Şenel'e ve son olarak hem tez yazım sürecinde bana akademik yol gösteren hem de en başından beri bana her konuda olan desteğini ve anlayışını benden hiçbir şekilde esirgemeyen ve beni her konuda teşvik eden tez danışmanım İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Dekanı Prof. Dr. Ahmet Akgül'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	2
BEYAN.....	3
İTHAF.....	4
TEŞEKKÜR.....	5
İÇİNDEKİLER	6
TABLolar LİSTESİ.....	9
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	11
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	12
ÖZET	13
ABSTRACT.....	14
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	15
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1. Genel Kavramlar	18
2.1.1. Geriatri, Gerontoloji ve Yaşlılık Kavramlar	18
2.1.2. Geriatri Kavramı	18
2.1.3. Gerontoloji Kavramı	18
2.1.4. Yaşlılık Kavramı	19
2.2. Sosyal Güvenlik Hakları Kavramı	21
2.2.1. Türkiye’de Sağlık Sigortası Politikaları.....	24
2.2.2. Amerika’da Sağlık Sigortası Politikaları	27
2.2.2.1. Medicare Programı.....	28
2.2.2.2. Medicaid Programı.....	28
2.2.3. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politikalarının Karşılaştırılması	31
2.2.3.1. Türkiye Sağlık Sistemi	31
2.2.3.2. Amerika Sağlık Sistemi.....	33
2.3. Yaşlı Bakımı Kavramı ve Amerika ve Türkiye’de Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri.....	37
2.3.1. Yaşlı Bakımı Kavramı	37
2.3.2. Türkiye’de Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri Kavramı	40
2.3.2.1. Huzurevi ve Yaşlı Hizmet Merkezi Kavramı.....	40

2.3.3. Amerika’da Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri Kavramı	44
2.3.3.1. Gerontolojik Ev Karamı	44
2.3.3.2. Gerontolojik Ev Örgütsel Tasarım	47
2.3.3.3. Gerontolojik Ev Çalışma Ekibi	50
2.3.3.4. Gerontolojik Ev Mimari Tasarım	51
2.3.4. Huzurevi Konsepti ile Gerontolojik Ev Konseptinin Karşılaştırılması	60
3. GEREÇ VE YÖNTEM	64
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	64
3.2. Amerika’da Tasarlanan Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması	65
3.2.1. Amerika’da Tasarlanan Gerontolojik Evin Fizibilite Çalışmasının Muhasebe Tabloları	65
3.2.1.1. Genel Yönetim Giderleri Tablosu	65
3.2.1.2. Beslenme Giderleri Tablosu	66
3.2.1.3. Çamaşırhane ve Temizlik Giderleri Tablosu	67
3.2.1.4. Gerontolojik Ev’de Konaklayan Yaşlının Hizmet Giderleri Tablosu	67
3.2.1.5. Aktivite ve Pazarlama Giderleri Tablosu	68
3.2.1.6. Sabit Giderler Tablosu	69
3.2.1.7. Yerleşim ve Bina Giderleri Tablosu	69
3.2.1.8. Diğer Giderler	70
3.2.1.9. Gelir Tablosu	70
3.2.1.10. Satışların Maliyet Tablosu	71
3.3. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması ve Örnek Mimari Projesi	76
3.3.1. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması ..76	
3.3.2. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Nakit Akışı	79
3.3.3. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Mimari Tasarımı	81
3.3.3.1. Gerontolojik Ev Mimari Tasarım Örneği	86
4. BULGULAR	89
4.1. Amerika’da Yaşlı Bireylerin Ve Ailelerinin Gerontolojik Ev’lere Bakış Açısı Ve Beklentileri	89
4.2. Türkiye’de Yaşlıların Ve Ailelerin Huzurevlerine Bakış Açısı Ve Beklentileri ...94	
4.2.1. Türkiye’de Yaşlıların Ve Ailelerin Huzurevlerine Bakış Açısı Ve Beklentileri Hakkında Yapılan Çalışma Örneği	100
5. TARTIŞMA	106

EK1.....	110
EK2.....	111
KAYNAKLAR.....	119
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	127
ÖZGEÇMİŞ.....	128



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Türkiye’de Bulunan Huzurevleri Sayıları ve Kapasiteleri.....	40
Tablo 2-2: Türkiye’de Bulunan Yaşlı Yaşam Evleri Sayıları ve Kapasiteleri.....	41
Tablo 2-3: Türkiye’de Bulunan Yaşlı Hizmet Merkezleri Sayıları ve Kapasiteleri	44
Tablo 2-4: Huzurevi ve Gerontolojik Ev’in Karşılaştırılması	62
Tablo 3-1: Genel Yönetim Giderleri Tablosu.....	66
Tablo 3-2: Beslenme Giderleri Tablosu.....	66
Tablo 3-3: Çamaşırhane ve Temizlik Giderleri Tablosu	67
Tablo 3-4: Gerontolojik Ev’de Konaklayan Yaşlıların Hizmet Giderleri Tablosu.....	68
Tablo 3-5: Aktivite ve Pazarlama Giderleri Tablosu.....	68
Tablo 3-6: Sabit Giderler Tablosu	69
Tablo 3-7: Yerleşim Giderleri Tablosu.....	69
Tablo 3-8: Diğer Giderler Tablosu	70
Tablo 3-9: Gelir Tablosu.....	71
Tablo 3-10: Satışların Maliyeti Tablosu	72
Tablo 3-11: İnşaat Maliyeti ve Proje Maliyeti Tablosu.....	72
Tablo 3-12: Personel Giderleri Tablosu.....	74
Tablo 3-13: İdari ve Genel Personel Giderleri ve Temizlik Giderleri Tablosu	74
Tablo 3-14: Gerontolojik Ev’de Çalışana Medikal Personel Maliyet Tablosu	75
Tablo 3-15: Gerontolojik Ev’de İhtiyaç Duyulan Ofis Ekipmanları Tablosu	76
Tablo 3-16: Aylık Personel Ücretlendirme Tablosu.....	78
Tablo 3-17: Sabit Giderler ve Hasta Başına Günlük Maliyet Tablosu.....	78
Tablo 3-18: Gerontolojik Ev Gelir Tablosu.....	79
Tablo 3-19: Sabit Kıymet Amortisman Tablosu.....	80
Tablo 3-20: Yaşlıların Nerelerde Yaşamak İsteddiği Tablosu	82
Tablo 4-1: Yaşlı Yakınlarının Sosyo demografik Özellikleri.....	101
Tablo 5-1: Yaşlı Yakınlarının, Yaşlıların Bakımı ile İlgili Görüşleri.....	110
Tablo 0-1: Sabit Kıymet Maliyet Tablosu	111
Tablo 0-2: Sabit Giderler Tablosu	112
Tablo 0-3: Sabit Kıymet Amortisman Tablosu.....	112
Tablo 0-5: Hasta Başına Günlük Maliyet Tablosu	113
Tablo 0-4: Günlük Hasılat Tablosu	113

Tablo 0-6: Aylık Personel Ücretlendirme Tablosu.....	113
Tablo 0-7: Sabit Kıymet Detay Tablosu.....	114
Tablo 0-8: Nakit Akışı Tablosu	115



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı, 2012,2016	20
Şekil 2-2: Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı	25
Şekil 2-3: Medicaid Programı Kapsamaları ve Harcamaları	30
Şekil 2-4: Türkiye Sağlık Sistemi	33
Şekil 2-5: ABD Sağlık Sistemi	36
Şekil 2-6: Gerontolojik Ev Personel Şeması ve Raporlara Durumu.....	49
Şekil 2-7: İlk Gerontolojik Ev'in Kat Planı	52
Şekil 2-8: Arizona Vaftiz Emeklilik Merkezi Gerontolojik Evi.....	55
Şekil 2-9: Redford Köyü Gerontolojik Evi.....	56
Şekil 2-10: St. Martin's Emeklilik Topluluğu Gerontolojik Evi	57
Şekil 2-11: Leonard Florance Yaşam Merkezi Gerontolojik Evi	58
Şekil 2-12: Mt. San Antonio Gerontolojik Evi	59
Şekil 3-1: Tasarım Alanını Oluşturan Öğeler	84
Şekil 3-2: Örnek Gerontolojik Ev Mimari Planı.....	87
Şekil 3-3: Örnek Gerontolojik Ev Dekorasyon Planı	88
Şekil 4-1: Gerontolojik Ev Talebi.....	91
Şekil 4-2: Ailelerin Gerontolojik Ev'lere olan Bakış Açılarının Yüzdesel Gösterimi ...	93
Şekil 4-3: Yaşlıların Huzurevlerini Seçme Nedenleri	97
Şekil 4-4: Yaşlıların Zitaret Edilebilme Sıklığı Yüzdesel Gösterimi	103

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ALS: Amiyotrofik Lateral Skleroz

Ark: Arkadaşları

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

DR: Doktor

Et: Erişim Tarihi

FAVÖK: Faiz Amortisman ve Öncesi Kar

GSYH: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla

GSYİH: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla

NBD: Net Bugünkü Değer

NCB: National Commercial Bank

MS: Multiple Skleroz

OECD: Organisation for Economic Co-opertaion and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TL: Türk Lirası

TR: Türkiye

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHÇEK: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

SSGSS: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

SGKSS: Sosyal Güvenlik Mevzuat Kapsamında Sunulan Sağlık Sigortası

St: Saint

USD: United States Dollars (Amerikan Doları)

M²: Metrekare

\$: Dolar

ÖZET

TUNÇEL, L. (2018). Türkiye’de ve Dünyada Gerontolojik Ev Konsepti. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmanın amacı, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı bakım modeli olarak uygulanan Gerontolojik Ev modelinin Türkiye’ye uyarlanabilmesi için gerekli olan fizibilite çalışmasını ve yaşlıların bu evlere olan bakış açılarını içermektedir. Türkiye’de ve dünyada hızlı bir şekilde artan yaşlı nüfusu ile yaşlanan bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik yönden değişime uğraması ve bakım gibi ihtiyaçların artması ile uzun süreli yaşlı bakımının önemi günden güne artmıştır. Artan talep doğrultusunda yaşlı bireylerin bakımı için yeni yöntemlerin ortaya çıkması ile yaşlı bireylerin uzun süreli bakım talebinde bulunurken tercihlerini etkileyen faktörleri ve uzun süreli bakım için hangi konseptleri tercih ettiklerini ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamında bulunan sonuçlara göre; yaşlı bireylerin uzun süreli bakımı için tercihlerini belirlerken kendilerini daha özgür hissettikleri, kendilerini yalnız hissetmeyecekleri ve kendilerini ev ortamının sıcaklığında hissedecekleri bakım modellerini seçtikleri gözlemlenmiştir. Bunlara ek olarak, yaşlı bireyin yaşlı bakım modelini tercih ederken medeni durumu, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi ve aile bireyleri ile olan iletişimleri de seçimlerini etkileyen diğer faktörler olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, Gerontolojik Ev, Huzurevi Yaşlı, Yaşlı Bakımı,

ABSTRACT

TUNÇEL, L. (2018). “Gerontology Home” Concept In Turkey and All Around The World. İstanbul University, Institute of Health Science, Health Management Department. Master Thesis. İstanbul.

The main intention of this study is reveal the feasibility study of Green House Homes, which are a long term care concept for elders in the United States, and reveal the elderly people’s viewpoints and feelings about these homes. All around the world old age population is increasing rapidly and the importance of long the term care for elder people have increased day by day due to both physiological and psychological changes of aging individuals and increasing needs such as care. This study demonstrates the emergence of new methods for the care of elderly society and the factors that affect their preferences and indicates which concepts are plays an important role for elder people of preferring for long term care.

Within framework of the study’s results, consequences have been observed that elderly individuals choose their own care models that they feel more free, they will not feel alone and they feel themselves at home when they choose their preferences for long-term care. In addition to these, marital status, education level, monthly income level, and communication with elder’s family members are the key factors too for determining the long-term elderly care model.

Key Words: Elderly, Elderly Care, Geriatrics, Green House Homes, Nursing Home

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yaşlı nüfus sayısının günden güne artışı gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerinde genelinde önlenemez bir hızla devam etmektedir. Küreselleşme ile sağlık teknolojisindeki gelişmeler ile tıbbi buluşlarında başarılı bir şekilde yürütülmesi sayesinde dünyada yaşlı nüfusunun hızlı bir şekilde artmaya devam ettiği gözlemlenmektedir.

Yüzyılımızda bilhassa gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde incelenen en kayda değer demografik dalga yaşlı popülasyonun toplam popülasyon içerisindeki bağıntısı gün geçtikçe artmasıdır ve endüstriyelmiş ve gelişmesi tamamlanmış ülkelerde ise bu oran % 12 ile %18 olarak ölçülmüştür. 2050'li yıllara gelindiğinde ise 65 yaş üstündeki bireylerin popülasyonun 15 ile 64 yaş arasındaki popülasyonuna göre gelişmesi tamamlanmış ülkelerde 2 misli ve gelişmesi devam etmekte olan ülkelerde ise 3 misli olarak ivedilikle yükseleceği ve 2025 senesinde ise dünyadaki yaşlı popülasyonun 800 milyonu geçmesi öngörülmektedir (Karahan ve Güven 2002 pp.156). Gelişen ve gelişmekte olan toplumlarda olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı popülasyonu gün geçtikçe yükseliş göstermekte olup yaşlılara yönelik sosyal ve sağlık hizmet sunumu olabildiğince önem kazanmaktadır (Tekin 2011 pp.273).

Yaşlanma süreci geri dönüşümü olmayan ve hem fizyolojik hem de psikolojik iyilik halini tamamen etkileyen ve önüne geçilemeyecek bir süreçtir (Karahan ve Güven 2002 pp.155). Yaşlanma ile birlikte açığa çıkan bedensel ve gövdebilim başkalaşımaları vücuttaki bütün sistemlere tesir eder ve başlıca duyuşal güçsüzlükler, ruhani sorunlar ile müzmin hastalıklar meydana gelir. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında yaşlı bireyler; sağlık açısından, ekonomik açıdan ve sosyal açıdan korunmaya ve gözetilmeye toplumdaki diğer gruplara göre daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Karahan ve Güven 2002 pp.156). Günümüzde yaş alma ile alakalı stratejiler ve uygulamalar yaşam standartlarını ve umumi sağlığı güçlendirmeye yoğunlaşmaktadır. Yaşayış müddetinin uzunluğu, yaşambilimsel ve zihni sağlık, kognitif, içtimai yeterlik ve prodüktivite, bireysel kontrol ve hayattan haz alma sağlıklı yaş almanın işaretlerindedir. Fertlerin sıhhatli bir şekilde istinadı sadece kişisel hususiyetleriyle değil, içtimai açıdan zatlarına sunulacak hem psikolojik hem sosyal hem de iktisadi ve fizyolojik yöndeki dayanaklar ve ihtimamlarıyla da yakından alakalıdır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2013 pp.2).

Buna bağılı olarak da yaşlıların refahı ve yaşam standartları açısından dikkate alınması gereken en önemli gereksinim ise yaşlı bakımıdır. Yaşlı bakımın en donanımlı ve en doğru bir şekilde verilebileceğı şekil ise profesyonel ekip ve bakım eşliğinde yatılı kurumlarda olabileceğı yapılan araştırmalar ile desteklenmiştir. Dolayısı ile günümüzde yaşlı bireyler daha çok devlet destekli yardımlara ve profesyonel destekli bakım modellerine gereksinim duymaktadır.

Türkiye’de “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü”; özellikle korunmasız topluluk içinde konumlanan fertlere müteveccih koruyucu, engelleyici, mürebbi, iyileştirme ve sağılıına kavuşturma servisleri takdim etmektedir. (Çomaz 2010 pp.122). Türkiye’de yaşayan yaşlı bireylere bakım hizmeti ise “yaşlı bakım ve iyileştirme merkezleri, huzurevleri, yatılı bakım hizmeti, yaşlı hizmet merkezleri ile de gündüzlü bakım” ile sağılanmaktadır (Çomaz 2010 pp.122). Çomaz (2010)’ın da değıindiğı gibi “Yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetleri; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’ne bağılı faaliyet gösteren Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri ile Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri ve Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları bünyesinde açılan Huzurevleri” ile sunulmaktadır (Çomaz 2010 pp.123). Türkiye’de yatılı kurum hizmetleri alan yaşlıların hayata bakış açılarıının ele alındığı literatür taramalarına göz gezdirildiğinde ise yaşlıların genel olarak yatılı kurum hizmetlerinden faydalanırken mutsuz olmadıkları tespit edilmiş olmasına rağımen yaşlı bireylerin evlerinden uzakta olma ve çocukları veya aile yakınları ile birlikte olamamalarından kaynaklı huzurevleri ve yatılı bakım merkezlerinde psikolojik açıdan kendilerini yetersiz gördükleri göze çarpmaktadır. Yapılan bir başka araştırma da ise ev ortamında hayatlarını sürdüren yaşlı bireylerin hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan huzurevlerinde konaklayan yaşlı bireylere kıyasla daha iyi koşullarda olduğı saptanmıştır. Buna ek olarak, evli yaşlı bireylerin, sosyal güvencesi olanların, boş zamanlarında arkadaşları ile vakit geçirebilenlerin, ibadet edebilenlerin, eğıitim düzeyi yüksek olanların ve kendi hobileri ile uğraşabilenlerin, yaşam doyumları yüksek olanların ve sağılıklı bir şekilde yaşayabilen yaşlıların evde kalan yaşlılar olduğı belirlenmiştir (Softa 2015 pp.73).

Bundan dolayı yaşlıların iyilik halinin sağılanmasında öncelikle “yaşam kalitesinin” belirlenmesi ve geliştirilmesi gerekmekte olup yaşlılara sağılanan bakım koşullarının çoğıaltılması ve farklı bakım-hizmet konseptlerinin aktif hale getirilmesi SHÇEK Genel Müdürlüğü tarafından da gündeme getirilmiştir (Çomaz 2010 pp.122).

Yaşlı bakım merkezlerinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini ve refahlarını arttırmak için Amerika’da 2003 yılında uygulamaya koyulan “Gerontolojik Ev” konsepti ile tamamen yaşlı bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik iyilik halini önemseyen yeni merkezlerin benimsenmesi ve yaygınlaştırılması Türkiye’de yatılı bakım merkezlerinde kalan yaşlı bireyleri pozitif bir yönden etkileyeceği açık bir şekilde göze çarpmaktadır.

Dünyada ve Türkiye’de hızlı bir şekilde artış gösteren yaşlı nüfus ile doğru orantılı olarak yaşlılık süreci ile birlikte belli başlı bakım ihtiyaçları ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda, bakım ihtiyacı olan yaşlı bireyler ile birlikte bu bireylerin bakımı için yeni yöntemlerin ortaya çıkması ve tıp alanındaki gelişmeler ile teknolojik gelişmeler, kadınların iş hayatına atılmaları ve insan ömrünün uzaması gibi nedenler ile yaşlılar için huzur ve güvenin bir arada olduğu kurum bakımının önemi hem yaşlı bireyler için hem de yaşlı bireylerin aileleri için büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma ile yaşlı bireylerin uzun süreli bakım talebinde bulunurken tercihlerini etkileyen faktörleri, uzun süreli bakım için hangi modelleri tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Yaşlanan bireylerin hem fizyolojik hem de psikolojik yönden değişime uğraması ve bireysel bakım gibi ihtiyaçların artması ile uzun süreli yaşlı bakımının önemi günden güne artış göstermiştir. Artan talepler doğrultusunda 2003 yılında Amerika’da ilk Gerontolojik Ev faaliyete geçirilmiştir ve Gerontolojik Ev’in amacı yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmak, sağlıklı bir şekilde yaşamlarına devam etmelerini sağlamak, sosyalleşmelerini sağlamak ve kendilerini ev ortamında hissetmelerini sağlamaktır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, uzun süreli yaşlı bakımında yaşlı bireylerin kendilerini bir başkasına muhtaç hissetmeyeceği, özgür olabilecekleri, kendilerini aile ortamlarında hissedebilecekleri, kendilerini hastane ortamında hissetmeyecekleri ve uzun süreli bakım ile kendileri için en uygun ve en değerli faydayı alabilecekleri kurumsal bakım modelinin Türkiye’ye uyarlanabilmesini sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel Kavramlar

Bu bölümde ilk olarak geriatri, gerontoloji ve yaşlılık kavramları açıklanmış olup yaşlı hakları, yaşlıların faydalandığı sosyal haklar ve yaşlıların bakımı kavramları üzerinde durulmuştur.

2.1.1. Geriatri, Gerontoloji ve Yaşlılık Kavramlar

2.1.2. Geriatri Kavramı

20 yüzyıl'da artan yaşlı popülasyonu ile, sadece bir bilim dalının çözmekte genellikle zorlandığı sağlık ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkan ve şekillenen bir bilim dalına geriatri bilim dalı denmektedir (Aydın 1999 pp.179). Geriatri kavramını ilk kez "Geriatrics" isimli eserinde Doktor Nascher kullanmış ve yaşlılık yaşam kavramının önemli bir süreci olduğu, bir hastalık olmadığı ve bu süreçte özel tıbbi tedavilere ihtiyaç olduğunun kabul edilmesine büyük katkı sağlamıştır. "Geras: ihtiyarlık yaşı" ve "iatros:fizikçi" türemiş olan geriatri deyimini, yaş alma ile alakalı tüm hastalık ve psikososyal konuları içeren bilim dalı olup, tıbbın yaşlılıkta ortaya çıkan hastalıkların mahiyeti, yaşlılık kaynaklı hastalıkların tedavisi, koruyucu ve preventif tıp rehabilitasyon ve sosyal boyutuyla ilgilenen daldır (Kocakoç, 2016:44). Geriatriinin temel amacı yaşlı insanları geçmişteki sağlığına kavuşturmaktan ziyade kalan yaşamları mümkün olduğunca kendi başlarına sürdürebilmeleri ve hayatları ile ilgili kararları alabilmelerini sağlamaktır (Kocakoç, 2016 pp.44). Özetle, geriatri dalı yaşlı bireylerin sağlığını ve yaş alama ile birlikte yaşlı bireylerde oluşan hastalıkları inceleyen bir bilim dalı olup, (Kızıllarslanoğlu ve ark. 2013 pp.136) genellikle yaşlıların sağlık durumlarını ve bunu etkileyen nedenlere yönelik literatür ve akademik çalışmalar yapan bir bilim dalıdır (Özkul ve Kalaycı 2015 pp.263).

2.1.3. Gerontoloji Kavramı

Gerontoloji ise yaşlılık bilimi olup yaşlanmanın içtimai, siyasal ve ekinsel şartlarını, nüfus bilimsel değişimlerin içtimai problemlere tesirini, yaş almanın ve hicret problemini, yaş alanmanın tarihi sürecini ve yaşlılık ile alakalı ideolojik fikirleri totaliter bir biçimde araştırmaktadır. Bir yandan da ihtiyar kişilerin içtimai ve iktisadi koşullarını, toplum azalarıyla var olan münasebetlerini, içtimai iştirak seviyelerini, oturma ve ikamet durumlarını, yaşam standartlarını, bakıma mahrumiyet koşullarını ve

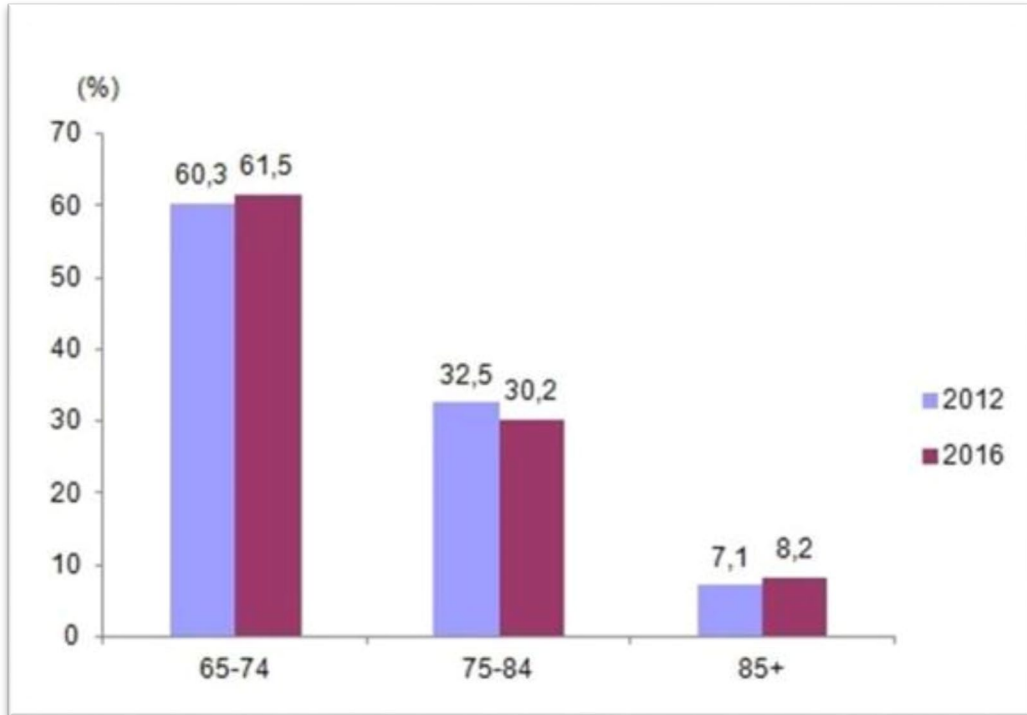
bakım nitelikleri gibi problemleri ampirik verilere dayandırarak incelemekte ve çözüm tavsiyeleri sunmaya çaba harcamaktadır (Özkul ve Kalaycı 2015 pp.264). Bir başka ifade ile gerontoloji bilimi; yaş alma sürecini, yaş almanın nedenleri ve koşullarını, yaş alma ile ilintili edim biçimlerini ve yaş alma süreci kapsamında değişen vaziyet ve davranış normlarını inceleyen bir ilim dalıdır (Kocakoç, 2016 pp.43). Gerontolojinin birincil amacı yaşlanmayı durdurmak değildir çünkü yaşlanma süreci önlenemeye ve durdurulamayan bir süreçtir. Bu nedenle gerontoloji yaşlanma sürecini geciktirerek, yaşlının sağlıklı, dinç ve aktif bir yaşam sürmesini hedeflemektedir. Günümüzde ise gerontolojinin esas amacı yaşlılıkta yaşam kalitesinin artırılması ve aktif yaşlanmayı hedeflemektedir (Kocakoç, 2016 pp.44). Kısacası, gerontoloji yaşlanma fizyolojisini inceleyen ve yaşlanmanın bilimi olan bir bilim dalıdır.

2.1.4. Yaşlılık Kavramı

Yaşlanma ve yaşlılık terimleri geriatri alanında ve gerontoloji alanında sıkça kullanılmakta olup, yaşayabilmek için oksijene ihtiyaç duymayan varlıkların zaman içerisinde kat ettikleri yola ‘eskime’ ya da ‘yıpranma’ olarak betimlenirken yaşayabilmek için oksijene ihtiyaç duyan varlıklar için ise ‘yaşlanma’ deyimini kullanılmaktadır. Nedeni ise hayatta kalabilmek için oksijene gereksinim duyan organizmaların zamanla yaş alma oluşumu her ne kadar yıpranma ve bozulmayı içeren bir zaman dilimi de olsa onarım ve yeniden yapım düzenekleri de aktif haldedir. Bu nedenle “yaşlanma”, dünyada var olan her canlı bireyin zamanla kat ettiği yol olup bu yolun sonu ise hayatının sona ermesi ile sonlanmaktadır (Yavuzer ve Beğler 2012 pp.1). Yaşlılığı literatürde ki tanımı “yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak” şeklinde betimlenmiştir. Yavuzer (2012)’e göre yaşlılık tanımı ise “Canlılar için biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir” şeklinde yorumlanmıştır. Bu değişimlerden en mühimi ise doğurganlık döneminin giderek aşağıya doğru bir ivme göstermesi ve ölüm oranlarının yükselmesidir (Yavuzer ve Beğler 2012 pp.1). Buna ek olarak, normal yaşlanma, biyolojik yaşlanma, sosyal yaşlılık ve kronolojik yaşlılık terimleri de literatürde yer almaktadır. Normal yaş alma deyimini ile zamanın akmasına istinaden bir hastalık durumu söz konusu değilken ortaya çıkan fizyolojik değişim süreci ve anatomik başkalaşım olarak tanımlanmakta iken “biyolojik yaşlanma” ise embriyonun döllenmesiyle başlayan süreci tanımlamaktadır. Bütün bir ömür boyu devam eden bir hakikattir. “Sosyal yaşlılık” ise kültürel ortama ve

toplumsal niteliklere göre kültürlerden kültürlere farklılık gösteren bir yaşlılık terimidir. Modern anlamda, bireyin aktif olarak çalıştığı dönemini sonlandırarak sosyal güvence rejiminin de katkısıyla ya da kazanımlarıyla yaşadığı dönemin betimlemesidir. Son olarak “kronolojik yaşlılık” ise yaşanmış sürece yıllık döngüler esas alınarak yapılan yaşlılığın adıdır ve halk arasında bunun karşılığı yaştır (MEGEP 2008 pp.5). Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık sınıflarını şu şekilde belirtmiştir; 45 ile 59 yaş grubu için “orta yaşlı”, 60 ile 74 yaş grubu için “yaşlılık”, 75 ile 89 yaş grubu için “ileri yaşlılık” ve 90 ve üstü grup için ise “ihtiyarlık” şeklinde gruplara ayrılmıştır. (İlgar ve İlgar 2007 pp.148).

Sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler ve sağlık servislerinin münteşirleşmesiyle doğum ve ölüm ivintileri düşerek ortalama yaşam süresi uzamıştır ve bu sayede yaşlı popülasyonunda artış olmuştur (Şahin ve ark. 2012 pp.38). Türkiye İstatistik Kurulu’nun (2017) yaptığı çalışmalarda “Türkiye’ de, yaşlı popülasyonu 2012 yılında 5.682.003 kişi iken son beş senede bu oran %17,1 şeklinde artmış olup 2016 senesinde 6.651.503 kişi belirtilmiştir. Yaşlı popülasyonun bütün popülasyon içindeki payı ise 2012 senesinde %7,5 ve 2016 senesinde %8,3’olarak hesaplanmıştır. Yaşlı popülasyonun %43,9’unu erkek vatandaşlar, %56,1’ini ise kadın vatandaşlar oluşturmaktadır.” şeklinde kayıtlara geçirmiştir (TUİK et:2017).



Şekil 2-1: Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı, 2012,2016

Kaynak: TUİK (2016). İstatistiklerle Yaşlılar, s.1

Buna ek olarak, hayat tabloları, 2015 yılı sonuçlarına göre, doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye genelinde 78 yıl, kadın bireyler de 80,7 yıl ve erkek bireylerde bu süre 75,3 yıl olarak belirtilmiştir. Genellikle kadın bireylerin erkek bireylerden daha uzun bir yaşam süresine sahip olduğu saptanmış, doğum ile beklenen yaşam müddeti farkı 5,4 sene olarak hesaplanmıştır. Türkiye’de 65 yaşını dolduran bir yaşlı bireyin geriye kalan yaşam müddeti ortalama 17,8 yıl olarak tespit edilmiştir. Erkek olan yaşlılar için 16,1 yıl olan geriye kalan yaşam süresi kadın olan yaşlılar için ise 19,4 yıl olarak hesaplanmıştır. Başka bir deyiş ile 65 yaşına gelen kadın bireylerin erkek bireylerin ortalama olarak 3,3 yıl daha fazla yaşaması ön görülmektedir (TUİK et:2017). Yapılan bu çalışmalar kapsamında küreselleşen dünyada hem tıp alanında hem de teknoloji alanında yapılan çalışmaların da ışığında ortalama yaşam süresinin uzadığı net bir şekilde görülmektedir ve yaşlı nüfus oranının hızla artmış olduğu da gözlemlenmiştir. Yapılan istatistiksel çalışmalar sonucu 2013’te yaşlı popülasyonun genel popülasyona oranı % 7,7 ölçülmüştür ve 2023’ise bu oranın %10,2’ye çıkması öngörülmektedir. Bu bilgiler ve veriler kapsamında Türkiye’nin kısa bir zaman içerisinde “çok yaşlı” toplum bünyesine gireceğinin de habercisidir (Özkul ve Kalaycı 2015 pp.265).

2.2. Sosyal Güvenlik Hakları Kavramı

Dünyada ve Türkiye’de gün geçtikçe nicelikleri yükselen yaşlıların yaşamlarını sürdürebilmeleri hem toplumsal hem de iktisadi standartlarını yükseltebilmeleri oldukça zordur. Buna ek olarak, yaşamlarını idame ettirebilmeleri için ekonomik desteğe ihtiyaçları vardır. Camkurt (2014)’a göre “Yaşlıların ihtiyaçlarının tıbbi, ekonomik ve sosyal imkanlar zorlanarak giderilmeye çalışılması ya da bunun mümkün olmadığı hallerde onlara yaşamlarını devam ettirmeleri ve belirli bir hayat standardının altına düşmemeleri için gerekli her türlü ekonomik, sosyal ve kültürel ortamların sağlanması sağlıklı bir nüfus açısından büyük önem arz etmektedir” şeklinde ele almıştır (Camkurt 2014 pp.74). Bu bağlamda, Dünyada ki gelişmiş ülkelerde yaşlı yaşam süresinin uzamasıyla yaşlılar için çeşitli ve devlet destekli siyasi uygulamalar gündeme getirilmiş olup bu uygulamalar sürekli olarak geliştirilmektedir (Gökbunar 2016 pp.114).

Türkiye’de yaşlılar için uygulanan siyasi uygulamalar Anayasa ile desteklenmektedir. 1982 yılında ele alınan T.C. Anayasası 61. bendi; “Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar

kanunla düzenlenir.” şeklindedir (Gökbunar 2016 pp.119). Sosyal güvenlik hakkı, insanların anayasal hakkı olan çalışma hakikatlarının gerçekleştirilmesini hedefleyen; bilhassa da emekli bireylerin çalıştıkları periyotlarda ödedikleri marj karşılığında, yaşlanma, iyilik halinin bozulması, sakatlık vb. nedenlerle çalışamadıkları süreçlerde para desteği ve kaynak sunan; şifa halinin bozulması ve diğer sıradışı durumlarda bakım masrafı, araç ve gereçlerine katkıda bulunan donanım olarak betimlenmektedir (Şener 2004 pp.33). Norm birliğinin sunulabilmesi, ebedileştirilmesi ve bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla 2006’da yapılan sosyal güvenlik inkılabı ile “Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK)” kurulmuştur. Reform ile aynı zamanda nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu amaçla “31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Kanun 01.10.2008 tarihinde” yürürlüğe girmiştir (Deloitte 2015 pp.56). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasının gayesi ise “sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılama yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları” sağlanmaktadır (Sosyal Sigortalılar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 pp.1).

Türkiye’de yaşlı vatandaşlar için sosyal iyilik halini sağlayan kanunlar bulunmaktadır. Bunlardan ilki Türkiye’de “5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu” olup 1949 senesinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunu “506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu” takip etmiş olup 1965 senesinde yürürlüğe girmiştir. Son olarak “Bağ-Kur Kanunu” 1971 senesinde yürürlüğe girmiş olup “2022 sayılı kanun 1976’da kabul edilmesi ve 1985’te 3235 sayılı ek kanunla Sağlık Sigortası haline dönüştürülen Bağ-Kur Kanunu” ülkemizde halen emeklilere ve yaşlılara sosyal güvence sunmaktadır (Şener 2004 pp.31). Türkiye’de, T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kuru ve Sosyal Sigortalar Kurumu’nu kapsayan sosyal güvenlik kuruluşlarına ek olarak özel sosyal güvenlik kuruluşları ve özel emeklilik fonları ile yaşlı bireylerin gelecekleri güvence altına alınmaktadır. 1949 senesinde “T.C. Emekli Sandığı 5434 sayılı kanunun” kabul edilmesi ile kurulmuştur. Hem genel hem karma sermayeli kuruluşlar ve özel bir kanun

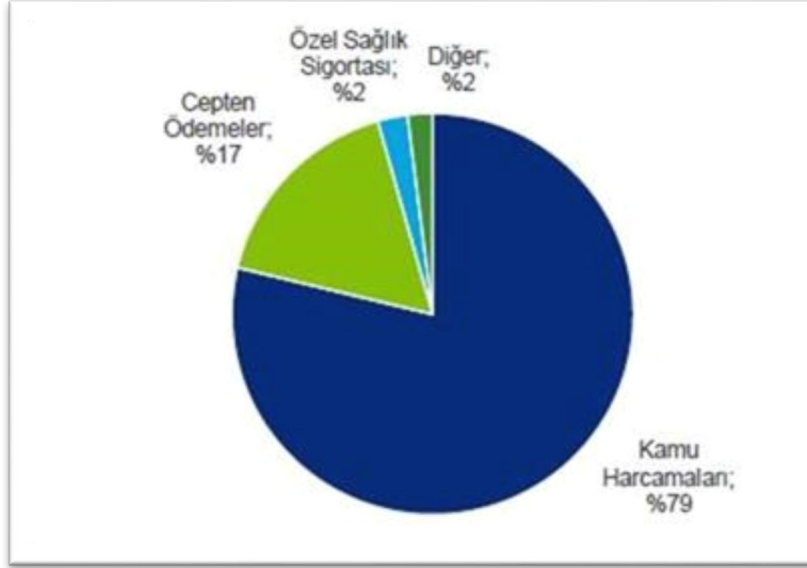
ile sandıklara endeksli olanlar ise “Emekli Sandığı” kapsamına dahil edilmiştir. Asıl amacı devlet memurlarının ve devlet hizmetlilerinin emeklilik hakikatlarını gerçekleştirmektir (Şener 2004 pp.34). Sosyal Sigortalar Kurumu ise Sosyal Sigortalar Kanunu ile hizmet akdine istinaden çalışanların hepsinin sosyal sigorta haklarından yararlananları kapsamaktadır. Sosyal Sigortalar Kanunu ise iş kazası sigortasını, meslek hastalıkları sigortasını, hastalık sigortasını, sağlık sigortasını, malullük sigortasını, yaşlılık sigortasını ve ölüm sigortasını kapsamaktadır (Şener 2004 pp.34). “14 Eylül 1971 tarih ve 1479 Sayılı Kanunu” ile; “Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” kısaltılmış hali ile “BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü” kurulmuş, “01.10.1972’de Bakanlar Kurulu’nun 12.06.1972 gün ve 7/4532 Sayılı kararı ile bütün yurttaki kademesiz olarak tüm hak ve yükümlülükleriyle uygulamaya geçmiştir”. Bağ-Kur kapsadığı bireylere malullük sigortası, yaşlılık sigortası, ölüm sigortası ve sağlık sigortası gibi bireylerin hakettiği sosyal güvenlik haklarını sunmaktadır (Şener 2004 pp.34). Bunlara ek olarak ise Bireysel Emeklilik Sistemi “28 Mart 2001 tarihinde kabul edilmiş olup 7 Nisan 2001 tarih ve 24366 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır ve yayım tarihinden 6 ay sonra 7 Ekim 2001 tarihinde” TBMM tarafından yürürlüğe sokulmuştur. Bu sistem ile bireylere tasarruflarının yatırımlara çevirmeleri ile emeklilik sürecinde kendilerine ek bir gelir sunmayı amaçlayan istisnai bir emeklilik rejimidir. “Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu başta Hazine Müsteşarlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sermaye Piyasası Kurulu ve Maliye Bakanlığı olmak üzere ilgili bütün cephelerin düşünce ve tavsiyelerinin değerlendirildiği ortak bir beyan ve sosyal güvenlik ıslahının” bir parçasıdır(Şener 2004 pp.35).

Sonuç olarak, Türkiye’de yaşlı bireylere ait sosyal olarak yönetilen stratejileri; sosyal sigorta programları, sosyal hizmet programları ve kurum bakım modeli ile sosyal yardım programları şeklinde ele alınmaktadır (Camkurt 2014 pp.77). Yaşlılık sigortası ile sigortalının belli bir yaşa geldikten sonra çalışma eforunun azalması ile ortaya çıkan maddi kaybının ortadan kaldırılabilmesini hedeflemiştir ve bu yol ile yapılacak temel sigorta yardımı ise yaşlılık aylığı bağlanmasıdır (Camkurt 2014 pp.78). Özetle, Sosyal güvenlik modeli iki alt başlıkta toplanmıştır. Bunlardan ilki “Primli Sosyal Güvenlik Rejimi” iken “Primsiz Sosyal Güvenlik Rejimi” olarak belirtilmiştir. (Camkurt 2014 pp.77). Primsiz sosyal güvenlik rejimi ise toplumdaki muhtaç, güçsüz veya kimsesiz bireylerin korunması ile ilgili olan karşılıksız sosyal hizmet ve yardımları

kapsamaktadır. Aynı zamanda, Türkiye Cumhuriyeti Devleti topraklarında yaşayan yaşlı bireylerin kolaylıkla ulaşabileceği ve toplumsal bütünleşmeyi sağlayacak bir sosyal güvenlik ortamı sağlamaktadır.

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Sigortası Politikaları

Civan (2010)’a göre hastalık sigortasının ve sağlık sigortasının tanımları birbirinden farklı olup; “Tüm sağlık harcamalarının ekonomik zararlarını gidermek ya da oluşturulan fonla, çok ciddi maliyetlere ulaşabilecek önemli sağlık sorunlarının çözümü için çalışan sigorta branşına “sağlık sigortası” denmektedir” şeklinde belirtmiştir. “Sisteme, sağlık sigortası dense de sistem sigortalılara sağlıklı hallerinde değil de, sağlıkları bozulduğu takdirde tazminat ödemesi yaptığından, esasen devletin sigorta kanunlarıyla uygulamalarında ve sigorta teknikçileri tarafından, hastalık sigortaları şeklinde adlandırılmaktadır” şeklinde kaleme almıştır. (Civan 2010 pp.12). Türkiye’de sağlık sigortası ile sigortalı vatandaşın başına gelebilme ihtimali olan hastalık ve kaza halinin doğurduğu ilaç tedariki, fizik tedavi muayenesi, doktor muayenesi, ayakta ve yatarak tedavilerini içeren bir güvence dalıdır (Civan 2010 pp.14). Sosyal Güvenlik Kurumları kapsamında sunulan hizmetlerden en önemli ve geleceğe yönelik olan ise sağlık sigortacılığıdır. Türkiye’de 2010 senesi itibari ile herhangi bir sosyal sigorta güvence altında olanlar popülasyonun %92’sini kapsamaktadır. Bu payın %79’u nu “SGK’lı” vatandaşlar, %12’sini “Yeşil Kartlı” vatandaşlar, %1’ni “Özel Sandıklara Bağlı” vatandaşlar ve %1,7’sini ise “Özel Sağlık Sigortalı” vatandaşlar oluşturmaktadır (Civan 2010 pp.11). Şekil 2-2’de Türkiye’de devlete bağlı olan sağlık harcamalarının payının %79 olup özel kuruluşlara bağlı sağlık harcamalarının payının %2 ve bireysel ödemelerin payının da % 17 olduğu belirtilmiştir.



Şekil 2-2: Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı

Kaynak: Deloitte (2015). Uzun Dönem Sağlık Sigortası – Ülke İncelemesi Raporu, s.56

Türk Sağlık Sigortacılığının yapısı ele alındığında; ana merkezinde “Sigorta-Reasürans Şirketleri” ve “Aracı Kuruluşların” olduğu tespit edilmiştir. Kısacası, sistemin yapı taşı “Sağlık Sigorta Şirketleri” ve “Acenteler” oluşturmaktadır ve şirketlerin kendi içlerinde koordine olan “Sağlık Sigortası Danışmanları” hem kişisel hem de bankalar aracılığı ile sağlık sigortalarını pazarlayabilmektedirler (Civan 2010 pp.27). Bir sigorta türü olan “Sağlık Sigortacılığı” beşeri sermaye için bir yatırım kaynağı olup ülkenin gelişebilmesi ve kalkınabilmesine ortam oluşturan hayati bir araçtır (Yıldırım ve ark 2012 pp.81). Sıhhatin tehdiye girmesinin kısacası hastalığın iki iktisadi boyutu vardır. Birincisi, hastalığın bireyin görevlerini yerine getirmesine ve para kazanmasına olanak sağlamaması ve sebep ile kazanç kaybıdır ki, geçiminin tek olanağı emek kazancı olanlar için çok önemlidir. İkincisi ise, hasta bireyin harcamak zorunda olduğu giderler yani masraflarının çoğalmasındır. Bütün dünyada insanların sıhhatli olmalarının temini önemli içtimai gayelerdendir (Yıldırım ve ark 2012 pp.81). Sağlık Sigortası, hem iyilik hem sağlık halinin sağlayabilmenin temel mekanizmalarından biridir (Yıldırım ve ark 2012 pp.82). Sağlık sigortası ile vatandaşlar, sağlıklı oldukları zaman diliminde ödedikleri prim ve katkı payları ile sağlık durumları bozulduğunda ya da görünmez ve tahmin edilemez bir kazaya uğradıklarında kişisel sağlık giderlerinin finansmanına katkıda bulunmaktadır (Yıldırım ve ark 2012 pp.82).

Deloitte (2015)’un kaleme aldığı Türkiye rapor incelemesinde belirtildiği üzere Türkiye’de sağlık sigortasının para desteği iki yöntem ile uygulanmaktadır:

“1.*Sosyal Güvenlik Mevzuatı Kapsamında Sunulan Sağlık Sigortası (SGKSS):* 2012 itibariyle zorunlu hale getirilen genel sağlık sigortası Sosyal Güvenlik Kurumu verilerine göre 2013 itibariyle nüfusun %99’unu kapsamaktadır. Geniş kapsamı ile dikkat çeken genel sigorta genel sağlık sigortası primleri ile finanse edilmektedir” (Deloitte 2015 pp.56).

“2.*İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası:* Sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında sunulan genel sigortaya ek olarak kişiler isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Özel sağlık sigortalarının Türkiye’de gelişimi 1950’lere dayansa da gerekli mevzuat düzenlemelerinin yapılarak uygulamada standartların belirlenmesi ile tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortaları poliçeleri önem kazanmaktadır. Türkiye’de ikame edici özel sağlık sigortası ürünleri bulunmamaktadır. Özel sağlık sigortalıları nüfusun yaklaşık %4’üne tekabül etmektedir” (Deloitte 2015 pp.56).

Bilindiği üzere insanın sağlığının ne zaman bozulacağı tam kestirilemediği için sağlık sektöründe sigorta kavramı büyük önem arz etmektedir. İleride oluşabilecek hastalıklara, sakatlıklara ya da bedenen veya ruhen kötü olma durumunun oluşturabileceği olumsuzluklara karşı şimdiden önlem olma yolu olarak sağlık sigortacılığı dünyada önemli bir paya sahiptir. Bu belirsizlikten en fazla etkilenecek yaş grubu ise yaşlı nüfusun olacağı yapılan literatür araştırmalarında açıkça belirtilmiş olup tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının ana temasını yaşlılık kavramı kapsamaktadır. Popülasyonun hızlı bir şekilde yaş alması dünyada sosyal güvenlik rejimlerinin aktüeryal denklik, aktif/pasif sigortalı oranıtısı gibi mevzular başta olmak üzere muhtelif yönlerden ilgilendirmektedir. Küreselleşme ve köyden kente göçün artması ile kentleşme modeli, geleneksel aile modelinin farklılaşmasına neden olmakta, bu da özellikle yaşlı bireylerin iktisadi ve ruhani açıdan yetersiz kalmasına sebep olmuştur. Bu durum ise, yaşlı vatandaşların giderek daha da artan bir şekilde devlet destekli koruma ve bakıma temenni duymalarına sebep olmaktadır (Camkurt 2014 pp.76). Genel Sağlık Sigortası Türkiye’de 2012 senesinde gündeme getirilmiştir ve bütün Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsamaktadır (Koçkaya ve ark 2016 pp.86). Sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı önemli risklerden birisi de yaşlılıktır. Yaşlılara sağlanan “Yaşlılık Aylığı” gibi olan sosyal güvenlik hakları geçmiş yıllarda çeşitli yükümlülükler ile sunulmakta iken, sosyal güvenlik düzenlemeleri ile birlikte hali hazırda “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla” sağlanmaktadır. “5510 sayılı Kanun hükümlerine göre; 4/a, 4/b ve 4/c statülerinde

belirli bir süre çalışıp, gerekli yaş ve prim ödeme gün koşulunu yerine getiren kişiler Sosyal Güvenlik Kurumundan emekli aylığına hak kazanmakta”dır. Bu sayede sosyal güvence haklarını temin edebilmektedirler (Camkurt 2014 pp.78).

2.2.2. Amerika’da Sağlık Sigortası Politikaları

Amerika Birleşik Devletleri sağlık sigortacılığı karmaşık bir modele sahip olup kamu programları ve özel sigorta programları ile servis sağlamaktadır. Sargutan (2010)’ın da değindiği üzere ABD sağlık sigortacılığı “Kamu sağlık sigortası vergilerden elde edilen gelirden oluşturulan kamu sigorta fonları aracılığıyla devlet tarafından sağlanan sigorta” türüdür (Sargutan 2010 pp.214). ABD sağlık sigortacılığının kapsadığı programlar ise; “Medicaid, Medicare, Eyalet Çocuklarının Sağlık Sigorta Programları, Savunma ve Adalet Bakanlığı ve Amerikan Yerlileri Sağlık Sigorta Programları” şeklinde sıralanmıştır. 2003 senesinde 65 yaş üzerinde olmayan Amerikan vatandaşlarının %62’si işveren destekli özel sigorta kapsamı altında kayıtlara geçirilmişken %5’i ise kişisel olarak istisnai sağlık sigortalarının kapsamı altında olup popülasyonun %15’i Medicaid’e kayıtlı olduğu saptanmıştır. 65 yaşın üzerindeki bireyler yasal olarak Medicare programı ile güvenceye altına alınmaktadır (Sargutan 2010 pp.214). Tüm Dünya’da olduğu gibi Amerika’da da yaşlı nüfusu beklenilenden de hızlı şekilde büyüdüğü yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. 2014 yılında 65 yaş ve üstü nüfus 46,2 milyon olarak tespit edilmiştir ve 2060 yılında bu sayının 98 milyona ulaşması beklenmektedir (The Associated Press and Norc 2014 pp.1). ABD nüfusunun %75’i kadarı özel sağlık sigorta kapsamında olup Amerikan halkı için en kapsamlı finansman kaynağıdır. Özel sağlık sigortası her vatandaşın zorunlu olarak yaptırması gereken bir program olmaması sayesinde “Gönüllü Sağlık Sigortası” olarak da tanımlanmaktadır. Hususi sigortacılık hizmetleri işverenler sayesinde ya da kişisel olarak satın alınır ve özel sağlık sigortacılığı en yaygın görülen sigorta programıdır (Sargutan 2010 pp.220).

Uzun süreli bakım modelleri için ödeme metotları çok farklı yollarla yapılmaktadır. Bu yöntemleri oluşturanlardan bir tanesi vakıflar tarafından sağlanan yöntem iken buna ek olarak hizmet görenlerin geri ödeme yapmadığı ve cepten ödemeli rejimden oluşmaktadır (Tontuş 2016 pp.4). Özel sağlık sigortacılığında, kar amaçlı olmayan özel sigortalar ve kar amaçlı olan özel sigortalar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Kar amaçlı olmayanlar; Blue Cross ve Blue Shield iken kar amaçlı olanlar ise; Grup Sağlık Sigortası, Bireysel Sağlık Sigortası, Sağlığı Sürdürme Örgütleri ve Tercihli

Sunucu Örgütleridir. Amerika’da uzun süreli yaşlı bakımı kapsamında uygulanan sağlık politikaları kapsamında en belirgin olanı özel sağlık sigortacılığına ek olarak devlet teşvikinde yönetilen olan iki adet sıhhat sigorta programına sahiptir. Bunlar ise; “Medicare” programı ve “Medicaid” programıdır.

2.2.2.1. Medicare Programı

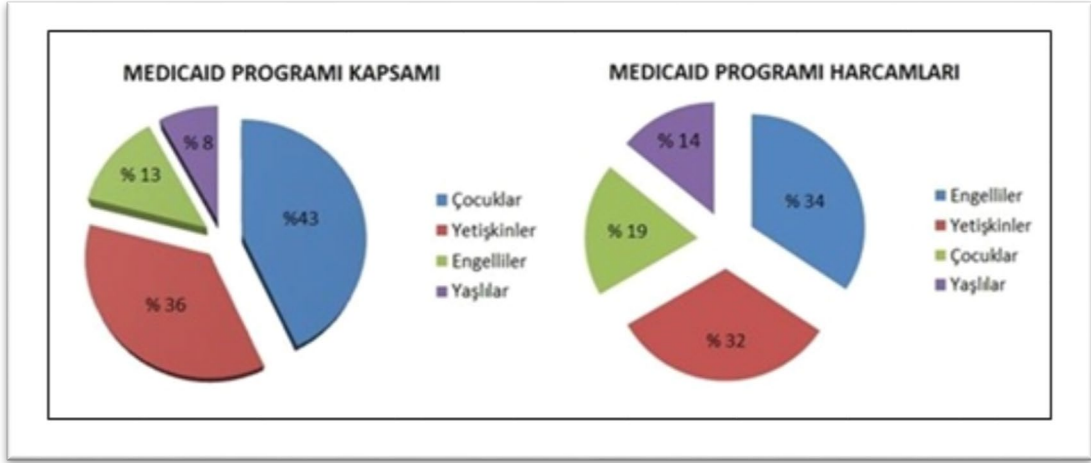
“Medicare” 65 yaş ve üzerindeki bireyler ile 65 yaşın altında olsa da vücudunda kusuru olan tüm kişileri kapsamaktadır ve 1966 yılında yürürlüğe girmiştir. Bunlara ek olarak hangi yaşta olduğu bakılmaksızın diyalize bağlı veya böbrek nakli gerektirecek derecede sürekli böbrek yetmezliği problemi olan kişileri kapsamaktadır. “Medicare“ iki bölümden oluşan bir sağlık planıdır ve birinci kısım hastane sigortasını kapsarken ikinci kısım sağlık sigortasını kapsamaktadır. Birinci kısmın kapsamı hastanede yatan hastanın bakımını, bakım evlerinde kalan hastaların bakımını (uzun süreli ve müşahede altında olmayan), darülacezelerde kalan hastanın bakımını ve evde bakımdır. İkinci kısmın kapsamı ise doktor veya başka sağlık hizmeti sunan sağlayıcıların hizmetlerini, ayakta tedaviyi, evde bakımı, uzun süreli tıbbi donanım desteğini ve önleyici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Özetle, Medicare, tıbbi bakım sigortası olup “Medicare-A” ve “Medicare-B” şeklinde iki kola ayrılır. “Medicare-A” ile hastane masrafları karşılanırken, “Medicare-B” ile doktor ve hemşirelik hizmetleri, laboratuvar ve yatılı olmayan tedavi hizmetleri ödemeleri sağlanmaktadır. Bu kamu sigortasının finansmanı ise “Hastane Sigorta Fonu Tröstü” ve “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tröstü” ile karşılanmaktadır (Kırılmaz ve ark 2017 pp.88). Ayrıca, Medicare’in finansmanı ise çalışan ve işyeri sahibi tarafından paylaşılan gelir vergileri, federal gelir vergileri ve bireysel katılım primleri şeklinde gerçekleştirilmektedir (Sargutan 2010 pp.2015).

2.2.2.2. Medicaid Programı

“Medicaid”, 1966 yılında yürürlüğe girmiş olup, çocuklar, ebeveynler, hamile kadınlar, yaşlılar ve engelliler dahil olmak üzere düşük gelirli ailelere ve bireylere tıbbi yardım sigortası sağlayan bir kamu sigorta programıdır. Buna ek olarak, federal hükümetler ve devlet tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir (Center on Budget and Policy Priorities et:2018). “Medicaid” sınırlı gelir ve kaynakları olan bireyler için tıbbi masrafları ödemeye yardımcı olan bir devlet programıdır. “Medicaid”, “Medicare’in” kapsamadığı hizmetleri de ayrıyeten kapsamaktadır. Amerika, eyalet sistemi ile yönetildiği için her eyaletin Medicaid’i ile ilgili işlemleri uygulamaya alırken farklı

kurallar uygulamaktadır. 2015 yılında, Düşük gelire sahip 97 milyon Amerikalı'nın sağlık sigortası Medicaid tarafından sağlanmıştır (Center on Budget and Policy Priorities et:2018). Medicaid programından kimlerin yararlanabileceği daha detaylı bir şekilde ele alınacak olursa; Amerika'da yoksulluk sınırı 3 kişilik bir aile için 26,591 \$ olarak belirlenmiş ve yoksulluk sınırının %138'in altında olan 18 yaş altı çocuklar ve hamileler Medicaid programından yararlanabilmektedir. Geliri devletin daha önceden nakit yardımı sınırları içinde belirlediği düzeyde olan ebeveynler de Medicaid programından yararlanabilmektedir. Bir de güvenlik geliri programı kapsamında nakit yardımı alan yaşlı bireyler ve engelli bireyler de Medicaid programından faydalanmaktadır. Engelli veya hamile olmayan 21 yaşından büyük çocuk sahibi olmayan yetişkinler ise bu programdan yararlanamazlar (Center on Budget and Policy Priorities et:2018).

Medicaid programı ile doğrudan sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Hastalara sunulan hizmetlerin karşılığını hastanelere, huzurevlerine ve diğer sağlık hizmetleri sağlayıcılarına ödeme yaparak bireylerin masrafları karşılanmaktadır. Medicaid harcamalarının dörtte üçü hastane bakımı, doktor hizmetleri ve reçeteli ilaçlar gibi akut bakım hizmetleri için ödeme yapmaktadır. Geri kalan kısım ise bakım evi ve diğer uzun süreli bakım hizmetlerin ödemesini kapsamaktadır. Huzurevlerinde kalan yaşlıların %60'dan fazlasını kapsamakta ve uzun süreli bakım hizmetleri ve destekleri içinde maliyetlerin %40'nı kapsamaktadır (Center on Budget and Policy Priorities et:2018). Medicaid programlarının hepsi federal hükümet ve eyaletlerin ortaklaşa uyguladıkları finansman modeli ile sağlanmaktadır. Buna ek olarak bütün Medicaid çıktılarının %100'ü federal hükümet ile bağdaştırılmaktadır. Fakat bu oran yoksul eyaletler ise %100 sınırını aşmaktadır. Federal hükümet bütün Medicaid giderlerinin %57'sini tekabül etmektedir (Sargutan 2010 pp.218). Şekil 2-3'de Medicaid programı kapsamına giren gruplar ve yapılan harcamalar gösterilmiştir. Medicaid programı kapsamına giren gruplar çocuklar, yetişkinler, engelliler ve yaşlılardır. En çok harcama yapılan grup ise engelliler olup onu takip edenler; yetişkinler, çocuklar ve yaşlılardır.



Şekil 2-3: Medicaid Programı Kapsamaları ve Harcamaları

Kaynak: Center on Budget and Policy Priorities (2016, August). Policy Basics Introduction to Medicaid

Genel bir çerçevede bakılacak olursa, Medicaid belli bir gelirin altındaki bireyleri ve belli koşulları barındıran bireyleri kapsayan bir sağlık sigortası programı iken Medicare 65 yaş ve üstündeki yaşlı bireyleri ve engelli bireyleri federal olarak finanse eden sağlık sigortası programıdır. Yapılan araştırmalar sonucu, 2014 yılında Medicaid programı kapsamında toplam da 476 Milyar \$ harcandığı tespit edilmiştir (Center on Budget and Policy Priorities et:2018). Ayrıca, “Dual Eligibility”, Türkçesi “Çifte Uygunluk” olan durum söz konusudur. Bazı bireylerin iki haktan da yararlanabiliyor olduğu durumdur. İki sigortaya da sahip olan bireyin sağlığı için yaptığı masrafların hem Medicare hem de Medicaid ile karşılanıyor olduğunun göstergesidir (Center For Medicare and Medicaid Services et:2018). Çifte uygunluk için alt gelir grubunda olup Medicare programından faydalananların Medicaid programından faydalanabilmesi şeklinde örnek verilebilir. Böylece, Medicaid kapsadığı kesimin servis katılım paylarını ve Medicare primlerini üstlenmektedir. Çifte uygunluk kapsamından faydalanan vatandaşları ise iki farklı programın bünyesinde yer almaktadırlar. Bunlardan ilki “Vasıflı Medicare Faydalanıcı Programı” iken ikincisi, “Asgari Gelir Medicare Faydalanıcı Programı” dır (Sargutan 2010 pp.218). Amerika’da “Çifte Uygunluk” statüsünden yararlanan düşük gelire sahip veya engelli olan bireylerin sayısı ise yaklaşık olarak 10 milyon olarak kayıtlara geçirilmiştir (Center on Budget and Policy Priorities et:2018).

Sonuç olarak, Medicare Sosyal Güvenlik programı iken Medicaid ise bir sosyal refah programıdır. Ek olarak, yapılan araştırmalarda Amerika’da ki huzurevlerinde ve yaşlı bakım merkezlerinde sağlanan uzun süreli bakım maliyeti yıllık 50.000 \$ ile 280.000 \$ arasında hesaplanmış olup uzun süreli bakım tesisleri ile bireylere tıbbi bakım ve normal bakım hizmetleri sağlayarak bedensel ve zihinsel rahatsızlığı olanlara yardım ve rahatlık sağlamayı hedeflenmiştir (Frolik 2016 pp.373). 2012 yılında yaşlı bakım evlerinin tahmini yıllık maliyeti 85.000 \$ üzerinde hesaplanmış ve bakım evlerinin giderleri ise 158 Milyar dolara ulaştığı tespit edilmiştir. Bu rakam ise uzun süreli bakım için harcanan toplam miktarın yarısından fazlasını temsil ettiği gözlemlenmiştir (Frolik 2016 pp.373). Uzun süreli bakım ücretlerinin yarısına kadarını yaşlı bireyin birikimleri, aile üyeleri, arkadaşlar ve gönüllüler tarafından ücretsiz olarak sağlanırken kalan kısım Medicaid, Medicare ve uzun süreli sağlık sigortası (özel sigortacılık) ile ödenmekte olduğu belirtilmiştir (Frolik 2016 pp.373).

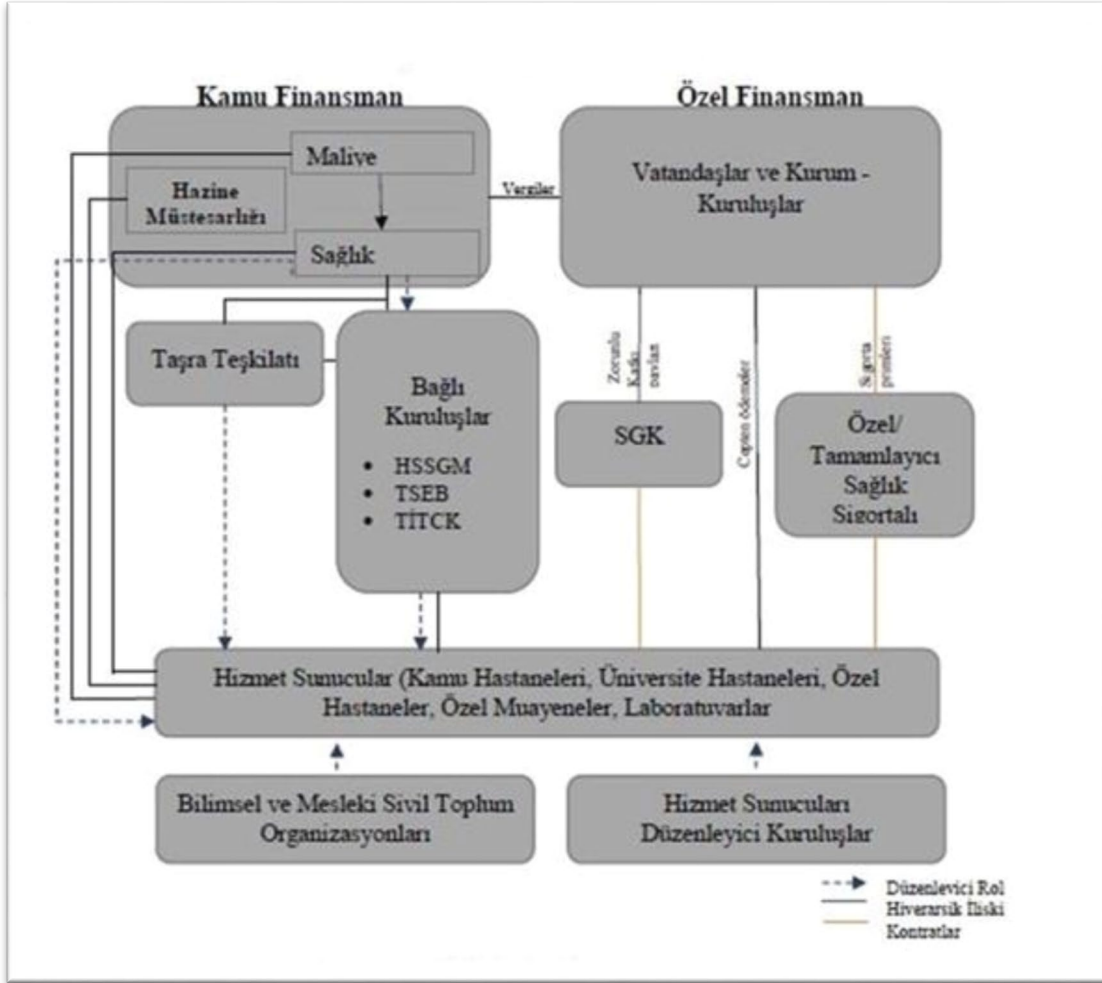
2.2.3. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Politikalarının Karşılaştırılması

2.2.3.1. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye’de sosyal yardımlar ve sigortalar ile sağlık sigortacılığı ve hizmetinin sağlanabilmesi ve finanse edilebilmesi “31 Mayıs 2008 tarihinde Mecliste kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunuyla” yönetilmekte ve yürütülmektedir (Gülay 2017 pp.20). Türkiye’de yaşayan ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan bütün bireyler “Genel Sağlık Sigortası” kapsamına girmesi zorunlu hale getirilmiştir ve bireyler bu konuda kendi tercihlerini yapabilmekte yükümlü değildirler (Gülay 2017 pp.20). Şekil 2-4’te de görüldüğü üzere Türkiye’de sıhhat hizmetlerinin bireylere sağlanmasında kamu yoğunluklu olmasına rağmen kamu-hususi bileşimli bir düzen mevcuttur. Çok fazla birey; kollayıcı, iyileştirici, sağlık sağlayıcı ve geliştirici sıhhat hizmetlerini sağlayabilmektedir. Merkez hizmet sunucuları arasında SB, üniversite şifahaneleri ve hususi sektör bulunmaktadır. SB, birinci ve ikinci derece sağlık servislerinin merkez bakım sunucusu ve eş zaman da kollayıcı sağlık servislerinin de yegane sunucusu statüsündedir. Sağlık Bakanlığı ilk olarak sağlık ile ilgili siyasal koşulları tayin edebilme, milli sağlık stratejilerini tatbik etme ve aracısız iyilik hali servisi sağlamaktan mesul olup şifahaneler, aile sıhhat kuruluşları, bakımevleri, toplum sıhhat merkezleri, sıhhat evi gibi donanımlı sıhhat bakım kuruluşlarını ve imkanlarını yürütmektedir. Üniversite şifahaneleri tabiatı gereği ve

betimlemeleri gereği kuramsal olarak üçüncü derece sıhhat hizmetleri sağlamaları gerekirken, teamülde bütün derece sıhhat hizmetlerini sağlayabilmektedir. Hususi alan da; şifahaneler, bakım evleri ve hastane dispanserleri, muayenehaneler, ilaç şirketleri, laboratuvarlar, tıbbi ekipmanlar ve eczaneler sayesinde sıhhat servisleri oluşturmaktadır. Ayrıca Savunma Bakanlığı, vakıflar, azınlıklar ve dini sınıflara da sağlık hizmetlerini sunabilmektedirler (Yıldırım 2013 pp.25).

Sıhhat hizmet sağlayıcılarından sunulan önleyici, kollayıcı, iyileştirici ve rehabilite edici temel teşhis, muayene, bakım ve iyileştirme, deva gibi sıhhat servislerinden yararlanılması neticesinde sıhhat giderleri meydana gelmektedir. Oluşan bu sıhhat giderlerinin tedarik edilmesi mecburiyeti, bir finansman işleyişinin uygulanması gerekliliğini doğurmuştur (Gülay 2017 pp.19). Türkiye sağlık rejimi para desteği modeli birleşmiş bir konseptte iye dir. Para desteği; sosyal güvenlik mükafat (SGK), hususi sigorta mükafat, vergiler ve cepten tediye ler ile tahakkuk edilmektedir. Finansman modelini hususi ve kamusal kaynaklı olarak ikiye bölmek muhtemeldir. Kamusal alanda, “merkezi devlet harcamaları, yerel yönetim harcamaları, SGK fonları” yer alırken hususi ile alanda “cepten yapılan tediye ler, patronların çalışanlarına ödedikleri geri ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından” meydana gelmektedir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.85). Türkiye sağlık giderleri 2015 yılının datalarına istinaden 104.568.000 TL şeklinde kayda geçirilmiştir. Bu masrafların % 16,6 kendi cebinden yapılan teyideler, % 4 hususi sigortalar, % 79 kamu tarafından tahakkuk edilmiştir. Genel sıhhat giderlerinin GSYH içindeki oranı % 5,2 şeklinde teyit edilmiştir. Birey başına ayrılan sağlık masrafı ise 984 \$ şeklinde teyit edilmiştir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.85).



Şekil 2-4: Türkiye Sağlık Sistemi

Kaynak: Kırılmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılmalı Analizi, s.85

2.2.3.2. Amerika Sağlık Sistemi

Amerika Birleşik Devletlerinde sağlık hizmetleri rejiminin teşkilatlanması eyalet, federal ve lokal düzeyde olmak üzere üç kademeli olup “Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü” nün varlığına karşın merkezi bir sistemin aksine “hiyerarşik” bir yapıya sahip değildir (Sargutan 2010 pp.191). “Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü”, bütün Amerikalı vatandaşların iyilik ve sıhhatlarını korumak ve temel insani servisleri sunmakla yükümlü olan Federal Departman pozisyonundadır ve bütün federal harcamanın dörtte birini oluşturmaktadır (Sargutan 2010 pp.191). Bu departmanın para desteği sağladığı fazlaca servis lokal seviyede “eyalet ve ilçe örgütleri” tarafından ya da

“özel sektör hibeleri” vasıta ile sunulmakta ve bu departmanın tasarıları 11 yönetimsel bölüm destekli işletilmektedir (Sargutan 2010 pp.191).

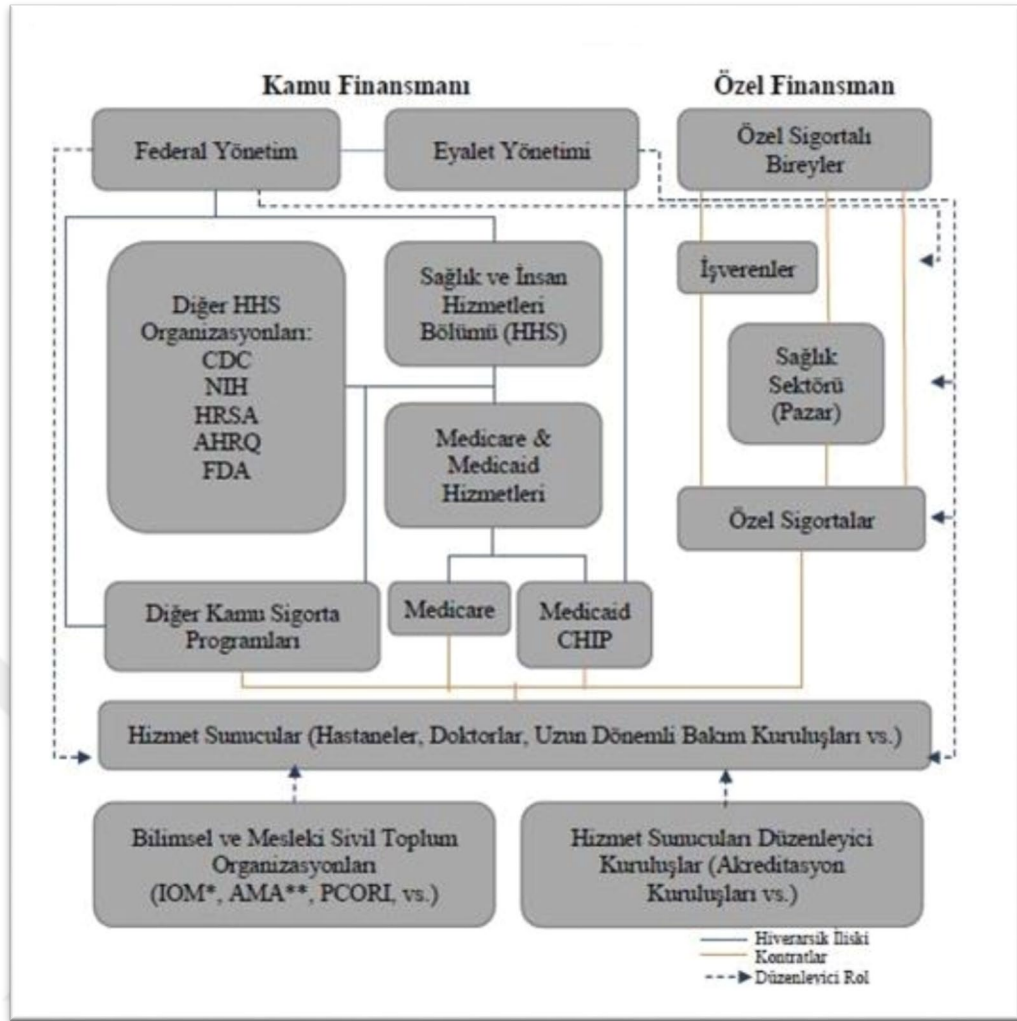
Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık rejiminin, iye olduğu esas hususiyetlerinden birisi, servis departmanlarına çok fazla opsiyonu sağlayabilmesidir. Kılıç (1995)'in de değindiği gibi “ABD'de hastalar, özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, doktoru veya şifahaneyi” kişisel isteklerine bağlı olarak tercih edebilirler (Kılıç 1995 pp.30). Gelişmiş ülkeler arasında sağlık hizmetlerinde en az kamu düzenlenmesi yapılmış ülke ise ABD'dir ve koruyucu sağlık hizmetleri tamamen devlet tarafından verilmektedir. Amerika'da sağlık hizmetlerinin finansmanı; kar misyonlu hususi sigorta işletmeleri, bağımsız sigorta programları, kamu sigortaları ve “Blue Cross (Mavi Haç)” ve “Blue Shield (Mavi Kalkan)” ile sağlanmaktadır.

ABD' de sağlık hizmetlerinin getirisi kamusal ve özel referanslar ile sağlanmakta olup 2015 senesinde GSYİH' nin %16,9'unu sağlık sektörüne yatırımlardır ve ABD 1.056.000.000 \$ miktarında olan sağlık servislerinin kazançlarının çoğunluğunu hususi sigortalardan elde edilen kazanımlar ile sağlanmaktadır. Kırılmaz ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmada ise “Özel sigortaları Medicare (640.000.000 \$) ve Medicaid (672.000.000 \$) programları takip ederken cepten yapılan sağlık harcamalarının (352.000.000 \$) oranı da oldukça yüksektir. Bunların dışında üçüncü taraf ödeyiciler (256.000.000 \$), yatırımlar (160.000.000 \$) ve diğer kamu ödemeleri (96.000.000 \$) bulunmaktadır” şeklinde ABD sağlık sigortacılığının masrafları hakkında olan verilere değinmişlerdir. (Kırılmaz ve ark 2017 pp.89).

Şekil 2-5'te de görüldüğü üzere kamu sigortası olarak Medicare'nin sermayesi federal hükümet, işveren ve sigortalı bünyesinden karşılanmaktadır. “Medicare A” için sigortalı vatandaşlar ve patronlar, çalıştıkları zaman dilimince sigortalı birey birikiminin %1,45'ini; işveren bireylerde birikimlerinin %2,9'unu ödemeyle yükümlüdürler. Sigorta kapsamında olmayan vatandaşların masrafları ise devlet yani federal hükümet tarafından sağlanmaktadır (Oral 2002-2003 pp.66). “Medicare B” de ise sigortalı vatandaşlardan, sıhhat destekleri için 54 \$, nakit para destekleri için de vergiye tabi kazanımlarının %1,2'si kadar prim kesilmektedir. İşveren vatandaşlardan sıhhat destekleri için stopaj vergisi alınmamaktadır. Fakat işverenden nakit para destekleri için 5 eyalette bedelin %0,5'i kadar prim kesilmektedir (Oral 2002-2003 pp.67). Medicaid

servisinin para desteği Federal Hükümet tarafından sağlanmak olup 1995 yılının datalarına göre, Medicaid programında hasta başına yıllık ortalama “3300 -3700 \$” arasında bir harcama yapılmış. “Medicaid” programı hem federalin hem eyalet ortak oluşumu olmasından dolayı federal devlet, eyalet bütçelerine göre masraflarının %50 - %78 oranında bir destek verebilmektedir (Oral 2002-2003 pp.68).

Özetle, Amerika Birleşik Devletleri kazandığı varidatlarını vatandaşlarına daha güzel bir sağlık hizmeti sunabilmek adına sağlık sektöründeki her bölüme gerektiği miktarda harcamaktadır. Kırılmaz ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği çalışmada ABD; “3,2 trilyon dolarlık gelirin 1,024 trilyon dolarını hastane hizmetlerine, 640 milyar dolarını hekimlere ve kliniklere, 160 milyar dolarını hemşirelik hizmeti merkezleri ve sürekli bakım merkezlerine, 416 milyar dolarını medikal tüketim malzemeleri, diğer sağlık merkezleri ve personel bakımı, evde bakım hizmetleri, kamu sağlık aktiviteleri gibi hizmetlere, 320 milyar dolarını reçeteli ilaçlara, yönetim ve sigorta maliyetlerin 256 milyar dolarını, 160 milyar dolarını hemşirelik hizmetleri ve sürekli bakım merkezlerine ve yine 160 milyar dolarını sağlık yatırımlarına, 128 milyar dolarını diğer sağlık hizmetlerine ve 96 milyar dolarını diğer profesyonel servislere” sarf ettiği gözlemlenmiştir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.89).



Şekil 2-5: ABD Sağlık Sistemi

Kaynak: Kırılmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılatırmalı Analizi, s.89

Bütün bir çerçevede bakıldığında, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunum para desteğinin büyük bir oranı devlet bünyesinden karşılanırken iken Amerika Birleşik Devletleri’nden sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sektör ve kamu tarafından karşılandığı gözlemlenmiştir. Türkiye’de sağlık programları merkezi bir bütünlük içerisinde örgütlenmesine karşın Amerika Birleşik Devletlerinde eyalet bazlı bir yapılanma mevcuttur ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığının yürüttüğü hizmetleri Amerika Birleşik Devlet’in de ise “Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü” yürütmektedir (Sargutan 2010 pp.238). Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYİH’e oranı 2015 yılında %5,2 olarak belirlenmiş olup kamu sağlık harcamalarının oranı %4,0 ve özel sağlık harcamalarının oranı da %1,2 olarak tespit edilmiştir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.98). Sağlık giderleri kapsamında Amerika “OECD” ülkeleri arasında Gayri Safi Milli

Hasılasından sıhhat servis sağlayıcılarına en fazla sermaye ayıran ülkedir (Sargutan 2010 pp.239). Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'e oranının en fazla sıhhat gider yüzdesi ABD'ye ehildir ve bu oran 2015 yılında %16,9 olarak tespit edilmiş olup kamu ve özel sağlık harcamalarının da oranının eşit olduğu tespit edilmiştir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.98). ABD'nin ayırdığı bu ciddi pay sayesinde sağlık göstergelerinin Türkiye'de daha iyi olmasının en büyük nedeni olarak söylenebilir. Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sistemlerini karşılaştırıldığında, yürütme organının merkezilik derecesi ve yapısı, idari örgütlenme şeması açısından her iki ülkenin temel farklılıklara sahip olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar kuşkusuz sağlık sistemlerinin yönetim, finansman, kaynak temini ve hizmet sağlama doğrudan etkilemektedir (Kırılmaz ve ark 2017 pp.100).

2.3. Yaşlı Bakımı Kavramı ve Amerika ve Türkiye'de Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri

2.3.1. Yaşlı Bakımı Kavramı

Genç ve Barış (2015)'a göre "Bakım; hayati önem arz eden fizikî, psikolojik ve sosyal aktivitelerin ve fonksiyonların sağlanmasında, yeniden yerine getirilmesinde ve uyumunda bakıma muhtaç kişiye yardımcı" olmaktır. Bir başka deyiş ile bireyin kendi bireysel temel gereksinimlerini karşılayamaması, yaşam standartlarından uzaklaşması, bireyin hususi tercihlerini yönetebilmede ve hayatının geri kalan kısmının sağlanmasında doktor, hemşire, akraba veya aile desteğine ihtiyacının olması durumudur. Yaşlanma terimi ise ne yazık ki yaşamın bir gerçeği olup her bireyin yaşamının belli bir kısmından sonra bakıma muhtaç hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır. (Genç ve Barış 2015 pp.39). Yaşlı bakımı ile ilgili Birleşmiş Milletler 'in 1982 Dünya Yaşlanma Asamblesi'nde belirlediği yaşlı bakım ilkelerine göre yaşlılar;

- Saygınlık görmeli ve güvence içerisinde hayatını sürdürmelidir.
- Suiistimalden, bedensel veya zihni istismardan uzak tutulmalıdır.
- Servislerden faydalanırken; cinsiyet, etnik köken, ırk, yaş, özür durumu veya diğer statüleri nedeni ile bir ayrımcılık ile karşılaşmamalıdır.

Maddi kazançları belirleyici bir öge olmak yerine maddi kazançlarından bağımsız olarak ihtiyaçlarına mütenasip şekilde uygun hizmetlerden yararlanabilmelidirler (Başer 2017 pp.14).

Literatür taramalarında da görüldüğü üzere yaşlı bakımı yaşlılık sürecinde şahit olunan çok önemli bir sosyal sorundur. 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerin hepsinin, hasta veya bakıma gereksinimi olmasa da sıhhat halinin bozulması rizikosunu ve bedensel ehliyetsizlikleri sebebiyle desteğe gereksinim duyma ihtimali çoğalmaktadır (Genç ve Barış 2015 pp.39). Türkiye’de bakım hizmetleri “Sağlık Bakanlığı”, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı”, “Yerel yönetimler ve özel kuruluşlar” tarafından verilmektedir. “Sağlık Bakanlığı” hanede ve kuruluştaki sıhhat servisleri sağlarken ve “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” özellikle korunmasız grupta yer alan yaşlı, özür, kadın, genç ve çocuk vatandaşlara itafen kollayıcı - önleyici, rehabilite edici - geliştirici, iyileştirici - tedavi eden bakım modelleri sağlamaktadır (Genç 2015 pp.40). Günümüzde yaşlı vatandaşlara sunulan sosyal servisler 1983 senesinde onaylanan “2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)” yasası kapsamında belirtilmiştir (Konak ve Çiğdem 2005 pp.34).

Bir başka deyişle, yaşlı bireylerin sağlık hallerinin korunması ya kuruluşlar ya da aileleri ve eşleri ile dostları tarafından sağlanmaktadır. Çoğunlukla içtimai bakım referansları; gayri resmi ücretli (bireyin sahip olduğu ekonomik kaynaklardan bireysel bakım için ödeme yaparak alınan ücretli bakım hizmeti), gayri resmi ücretsiz (eş, yetişkin çocuklar-genellikle kız çocuklar, hane halkı dışında yaşayan bir akraba-genellikle kız kardeş, arkadaş ya da komşular-yakın çevre) ve resmi ücretli (refah ve sağlık hizmetleri sağlayan kent kurumları, kent hizmeti olarak inşa edilmiş kurumlardan yararlanmak) olarak sınıflandırılmaktadır (Öztop ve ark. 2008 pp.). Hanede bakım modeli, tanınmayan bir konsept olmaması ile birlikte 1700’lü yılların sonlarına doğru önce İngiltere’de, sonrasında da ABD’de gün yüzüne çıkmıştır (Karahana ve Güven 2002 pp.156). Evde bakım hizmetleri genel de yaşlının alıştığı aile ortamından onu koparmadan iç huzurunun sağlanmasını amaçlayan bir bakım hizmetidir. Bu servisler esas olarak gündelik yaşam etkinliklerine yardım; terapatik tedavi veya tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimi olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere bireysel evlerinde sağlanan bakım modelidir. Genel bir çerçevede, hanede bakım bireyin kendini hane ortamında istemesine rağmen aile, akraba veya dostları tarafından yeterli veya kolay bir biçimde sağlatılmayan bakım ihtiyaçlarını kapsamaktadır (Karahana ve Güven 2002 pp.156). Türkiye’de bazı hususi kuruluş dışında hane bakım servisi sağlayan kamusal bir kuruluş bulunmamaktadır ve hanede bakım servislerinin yeterince evolüsyon göstermemesi sebebiyle cemiyette yaşlı

bireylerin bakımı yalnızca aile fertlerine bilhassa da kadın bireylere yüklenmektedir (Karahan ve Güven 2002 pp.158). Kurum hizmeti, korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlı kişilerin sıhhat, sosyal ve iktisadi ve ruhani ihtiyaçlarının profesyonelleşmiş bireylerce sağlandığı, yaşlı bireylerin gönenc ve saadetinin baz alan bir servis çeşididir (Genç ve Barış 2015 pp.45).

Tıp alanındaki gelişmeler sayesinde insan ömrünün uzaması, teknolojik gelişmeler, kadınların iş hayatına atılmaları, çekirdek aile oluşumun daha çok ön planda olması, kırsal kesimden kentsel kesime artan göç yoğunluğu gibi nedenler ile yaşlılar için huzur ve güvenin bir arada olduğu kurum bakımı gereksinimini daha çok ön plana çıkarmıştır. “06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Yetki Yasası’na dayanılarak Bakanlar Kurulu’nca 03.06.2011 tarihinde 633 sayılı “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile oluşan yeni teşkilatlanma sonucu, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü adı altında yaşlı hizmetlerinden sorumlu müstakil bir Genel Müdürlüğün” kurulması ile birlikte bu alanda önemli bir adım atılmıştır (Şahin 2015 pp.76). “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün başlıca görevlerinden ilki ve en önemlisi yaşlıları koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici sosyal hizmet faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmektir. İkincisi ise Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin olarak ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi çalışmalarını koordine etmek, belirlenen politika ve stratejileri uygulamak, uygulanmasını izlemek ve değerlendirmek ve yaşlılara sunulan sosyal hizmet modellerini geliştirmektir”. Bu yönetmelikte en önemli hususlardan biri ise yaşlı bireylerin ve hizmete ihtiyacı olan engelli bireylerin, ömürlerini hanelerinde ve sosyal ortamlarında ayrılmadan devam ettirebilecekleri sosyal dayanakların sağlanması amacıyla yapılması gereken düzenekleri oturtmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları izlemek ve teftiş etmek. Bu maddelere ek olarak yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak ve kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce engellilere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve kriterleri saptamak ve bunlara uyulmasını sağlamak (Anayasa Mahkemesi Kararı 2013 pp.).

2.3.2. Türkiye’de Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri Kavramı

2.3.2.1. Huzurevi ve Yaşlı Hizmet Merkezi Kavramı

Kamu desteğinde organize edilecek sosyal hizmetlerle ilgili olarak “2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu" 27.05.1983 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve bu kanunun amacı, korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmet ve faaliyetlerin düzenlenmesidir” (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 1983 pp.). Yaşlılar için sunulan kurumlara bağlı bakım hizmetlerini şu şekilde sıralamak mümkündür; huzurevi, kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı huzurevleri, azınlıklara ait huzurevleri ve yaşlı hizmet merkezleri ve yaşlı bakım ve iyileştirme merkezi özel huzurevleri. Tablo 2-1’de görüldüğü üzere Türkiye’de totalde 384 tane huzurevi bulunmakta olup bunların çoğunluğu özel huzurevleri oluştururken bu sıralamayı bakanlığa bağlı huzurevleri takip etmektedir. Türkiye totalde altı farklı grupta toplanan bu huzurevlerinde ise totalde 31,911 adet yaşlıya bakılmaktadır.

Tablo 2-1: Türkiye’de Bulunan Huzurevleri Sayıları ve Kapasiteleri

HUZUREVLERİ	ADET	KAPASİTE
Gerçek (Özel) Kişilere Bağlı Huzurevleri	182	10,184
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	144	14,793
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	29	2,454
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508
Belediyelere Bağlı Huzurevleri	22	3,402
Genel Müdürlüğe Bağlı Huzurevleri	144	14,793
TOPLAM	384	31,911

Kaynak: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2018

“2828 sayılı kanunun 15. Maddesi” dayanak alınarak hazırlanan “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” nde; huzurevi

tanımı Şu Şekilde yapılmıştır; “60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimleri karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluŐunu, yaşlı bakım ve iyileştirme merkezi tanımı ise; yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek Şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluŐunu ifade etmektedir” Şeklinde beyan edilmiştir (zel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği 2008 pp.). Bir başka deėiŐle, huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri; 60 yaş üzerindeki, sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak kendi kendilerini idare edebilecek Şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluŐlarıdır (ohaz 2010 pp.123). Tüm huzurevlerinin açılması için gerekli olan Şartları yönetmelikler halinde düzenleme, ruhsat verme ve denetleme yetkisine sahip resm kurum ise “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” dır. Türkiye’nin bazı illerinde huzurevlerine ek olarak yaşlı yaşam evleri projesi oluŐmuŐ olup uygulamalardaki problemler sebebi ile nüshaları oėaltılmamıŐtır (Genç ve Barış 2015 pp.45). Tablo 2-2’de Türkiye’de bulunana yaşlı bakım evlerinin adedi ve kapasiteleri belirtilmiştir. Her yaşlının huzurevlerine ya da huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerine kabul mümkün değildir bu yüzden de belli başlı kurallar belirlenmiştir.

Tablo 2-2: Türkiye’de Bulunan Yaşlı Yaşam Evleri Sayıları ve Kapasiteleri

Yaşlı Yaşam Evleri	Adet	Kapasite
OSMANİYE	3	12
SİVAS	2	8
SAMSUN	3	11
BURDUR	1	3
ESKİŞEHİR	1	3
KARAMAN	8	33
ÇANKIRI	3	9
TUNCELİ	1	3

MUĞLA	2	6
KONYA	1	3
ISPARTA	7	34
ANKARA	2	8
SAKARYA	1	3
BALIKESİR	2	7
ŞANLIURFA	2	9
YALOVA	1	3
İZMİR	7	24
TOPLAM	47	179

Kaynak: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2018

Yönetmeliğe göre özel huzurevlerini “dernek ve vakıflara ait kuruluşlar, azınlıklara ait kuruluşlar ve gerçek kişilere ait (özel) kuruluşlar olarak” üç başlık altında toplamak mümkündür ve “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe” girmiştir. Bu yönetmelikle “gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinin ve bakımevlerinin açılış, hizmet, personel ve işleyiş koşulları ile ücret, denetim, devir ve kapatılma işlem ve esaslarını belirlemek” amaçlanmıştır (Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği 2008 pp.). Bu kuruluşlara yaşlı kabulünde izlenecek yol başlıklı 26.Maddesi 1.Bendinde; “55 yaş ve daha yukarı yaşlarda olma şartı aranmakta olup, 55 yaş altında olan yaşlılar içinse zorunlu hallerde kuruluşlara kabulünün sorumlu müdürün teklifi, hazırlanacak sosyal inceleme raporu sonucuna göre İl Müdürlüğünün uygun görüşüne dayanılarak alınacak valilik onayından sonra yapılması beyan” edilmiştir. Yönetmeliğin, h ve ı bendinde ise “sosyal, fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan en az elli beş yaşındaki kişiyi ve özel bakım yaşlısı olarak ibraz edilen akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak huzurevi veya yaşlı bakım merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi

bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair doktor raporu ile tespit edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan yaşlılarında kabulünün uygun olacağı” beyan edilmiştir. 2.Fıkrasında ise “Sağlıklı yaşlı yani akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, kendi öz bakımını bağımsız şekilde yapabilen, bulaşıcı hastalığı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olmayan yaşlıyı” ifade etmektedir. Bunlara ek olarak, kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda, cinsiyet, renk, dil, ırk, siyasi düşünce, din, felsefi inanç, tabiiyet ve eğitim açısından hiçbir ayırım yapılmaz ve geçmişteki mahkumiyetleri göz önüne alınmaz. Belgeleri tamamlanan ve düzenlenen, sosyal inceleme raporuna göre değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir (Şahin 2015 pp.80).

Kamu kurum kuruluşlarına bağlı huzurevlerinde ise sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı statüsündeki kişiyi ve huzurevleri muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak aracılığıyla kamu kurum ve kuruluşları tarafından kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını ifade etmekte olup, “2828 sayılı kanunun 34.ve 35. Maddeleri doğrultusunda Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği 05.04.1987 tarih ve 19422 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe” girmiştir (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik 2008 pp.). Özetle, huzurevleri, kurumsal bakım modeli kapsamında yaşlı bireylerin barınabilecekleri, dinlenebilecekleri, temel gereksinimlerinin (ilaç, yemek vb.) zamanında ve uygun koşullarda karşılanabilmesi ilkesi kapsamında kurulmuştur (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2014 pp.8).

Yaşlı Hizmet merkezlerinin kurulumundaki amaç ise; yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer vb. hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma

sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amacıyla "Gündüzlü Bakım Hizmeti" modeli sağlanmaktadır. Buna ek olarak, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu, akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla "Evde Bakım Hizmeti" modeli sağlanmaktadır (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik 2008 pp.). Tablo 2-3'de Türkiye'de faaliyet veren yaşlı hizmet merkezleri belirtilmiştir.

Tablo 2-3: Türkiye'de Bulunan Yaşlı Hizmet Merkezleri Sayıları ve Kapasiteleri

Yaşlı Hizmet Merkezleri	ERKEK	KADIN	ÜYE SAYISI
Çanakkale YHM	190	23	213
Eskişehir YHM	14	5	19
İzmir Nebahat Dolman YHM	75	362	437
Ankara Emek YHM	37	5	19
Kırıkkale Gün YHM	181	172	209
TOPLAM	497	569	1066

Kaynak: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2018

Türkiye'de kurum hizmetlerine ek olarak yaşlı bireylerin devletin koyduğu kurallar dışında bakımı yapılmaktadır. Özellikle TR'nin kırsal bölgelerinde aileden bir bireyin bakması ile muhtemeldir. Bu birey çoğunlukla yaşlı bireyin kızı, yeğeni, eşi, yeğeni, gelini, torunu olmaktadır ve genellikle de bu sorumluluğu kadın bireyler üstlenmektedir. Bilhassa yaş alma ile alakalı tasaları olan ve yaş aldıkça kendileriyle ilgilenemeyeceklerini tasvir eden kadın yaşlı bireyler hususi olarak projelendirilen meskenlerde yaşamaya daha ılımlı yaklaşmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2014 pp.10).

2.3.3. Amerika'da Yaşlılar İçin Sunulan Kurum Bakım Hizmetleri Kavramı

2.3.3.1. Gerontolojik Ev Karamı

İstatistiksel çalışmalar kapsamında, yaşlı bireylerin %62,9'unun evde bakımı hizmeti görmeyi tercih ettikleri, bu tercihin sebebi ise %86,5'inin aile azalarını ile

birlikte yaşamayı neden olarak gösterdikleri belirlenmiştir. Her ne kadar yaşlı bireyler kendi evlerinde ve kendi aile üyeleri tarafından bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile azaları tarafından verilmesi gün geçtikçe zorlaşmaktadır. 25 yıl sonra da Türkiye’de 65 yaş ve üstü yaşlı popülasyonu % 88 artması beklenirken, çalışan popülasyonun % 45 artacağı ön görülmektedir. Bu durum gittikçe sayısı azalan bir popülasyon, gittikçe sayısı artan popülasyonun bakması demektir (Karahan 2002 pp.158).

Yapılan bu epidemiyolojik çalışmalar kapsamında, bakanlığın yeni hizmet modeli kurum bakımı yerine yaşlıların kendi sosyal çevrelerinde bakımını ya da yaşlılar için tasarlanmış yaşlı bakım evlerinde yaşlıların bakımını önemsemekte ve SB bu yeni oluşum için gerekli yatırım ve gerekli çalışmaları yürütmektedir. Eşleri, çocukları veya aileleri tarafından bakımı üstlenilen yaşlı bireylerin ekonomik kazançlarına göre mali açıdan desteklenmesi sağlanmakta ve bakım hizmetine ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin bakımını üstlenen yaşlı yakınlarına ise minimum ücret meblağında destek olunmaktadır (Genç 2015 pp.42). Bu doğrultuda yaşlılar için güvenilir ve huzurlu aile ortamından uzak kalmadıklarını hissettirecek hem de alışlagelmiş huzurevi modelinden bağımsız ve farklı olan yeni yaşam yeri tasarlanması öngörülmüştür. Bunun en güzel örneği ise 2003 yılında Amerika’da “Green House Project” adı ile başlatılan Türkçe anlamı ise “Gerontolojik Ev” olan yaşlılar için yeni yaşam evleri projesidir.

“Green House Project” veya “Gerontolojik Ev” kavramı Amerika’da yaşayan yaşlıların zaman içerisinde huzurevlerini tercih etmeyi bırakmaları ve huzurevlerinde verilen hizmetlerden memnun kalmamalarına dayalı sorunların ortaya çıkması ile gündeme gelmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre huzurevi kavramının giderek kurumsallaşması ve huzurevlerinde yaşlıya gösterilen özenin giderek azalması yüzünden daha kişisel ilginin ön planda olduğu bir tasarımın ortaya çıkarılması gerektiği kanısına varılmıştır (Schilling et:2018). Gerontolojik ev kavramının ortaya çıkmasına neden olan en önemli boyut yaşlı bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktır ve bu yaşam kalitesini artırırken belli başlı felsefi boyutlara değinilmiştir. Bunlar; güvenli bir ortam içerisinde yaşlı bireyin mahremiyetinin sağlanması, yaşlı bireyin özerkliğini sağlayabilme, fiziksel rahatlığını kolaylaştırmak, yaşlı bireyleri aktivitelere teşvik etmek ve yaşlıların itibarını korumak gibi sıralanabilir (NCB Capital Impact et:2018). Gerontolojik Ev’in felsefi olarak kurulma nedeni incelendiği zaman terapötik yani iyileştirmeye odaklı bir bakım yerine, normal koşullar altında kaliteli bir yaşam içinde

gelişmeyi ve yaşayabilmeyi sağlamak olarak göze çarpmaktadır (Lum ve ark. 2008 pp.36).

Gerontolojik Ev teriminin yabancı dilden çevrilmiş hali “Yeşil Ev” olup bu evin tasarımında önemli rol oynayan iki boyut vardır. Bunlardan ilki yaşlıların sağlıklı bir şekilde hayatlarını sürdürmesidir. İkincisi ise yaşlıların sağlık durumlarını doğrudan etkileyecek olan iç huzur ve mutluluğun sağlanmasıdır. Gerontolojik ev kavramı Dr. William Thomas tarafından bulunmuştur ve ilk Gerontolojik Evi 2003 yılında Tupelo, Mississippi’de açılmıştır (Polivka 2013 pp.1). Amerika’da yavaş yavaş huzurevi kültüründen çıkıp Gerontolojik Ev kültürüne geçilmesinin temel nedeni ise yaşlı bakımında kişi merkezli bakıma odaklanılarak yaşlı bireyin kalıcı yaşam kalitesini ve bakım kalitesini arttırmaktır (Zimmerman ve ark. 2014 pp.1). Dr. Thomas’ın huzurevinde kalan yaşlılarda gözlemlediği en önemli üç problem ise yalnızlık, savunmasızlık ve yatak odalarıdır. Ayrıca, ne kadar iyileştirmeye yönelik olsa da huzurevlerinin yaşlıları bağımlı ve sosyal olarak da izole ettiği kanısına varmıştır (Robert Wood Johnson Foundation et:2018). Thomas’a göre yaşlılık huzurevlerinde yaşayanlar için bir hastalık iken Gerontolojik Ev modelinde yaşlılığın hastalıktan ziyade yaşlılığın yaşamda normal bir süreç olarak betimlemiştir (Altus 2010 pp.55). Bu yüzden, Yeşil ev kültürü ile amaçlanan geleneksel huzurevi modelinden uzaklaşp içinde yaşayan yaşlılarında aktif şekilde hareket edecekleri ve huzur içinde olacakları uzun vadeli bir bakım modelidir.

Gerontolojik Ev ile amaçlanan bir sürü yaşlının hastane gibi büyük bir alanda bir arada yaşamasındansa minimum 6 maksimum 10 kişinin kalabileceği ve her kişinin içinde şahsi tuvaletinin bulunduğu bir odasının olması ve bütün bu odaların ortak alan (evin kalbi) olan salon ve mutfak gibi alanlara açılması şeklinde tasarlanmış evlerdir. Ayrıca bu evlerde hemşirelerden daha çok hemşire asistanı bir başka deyişle ev görevlisi olarak adlandırılan “Shahbaz” hastaların bakımlarıyla birebir ilgilenmektedir. Bu bakımlar; çamaşır, yemek, temizlik ve kişisel bakım olarak sıralanabilir ve Shahbaz’lar yaşlı ebesi olarak da adlandırılmaktadır (Altus 2010 pp.56). Bunlara ek olarak, gerçek bir ev biçimi ile tasarlandığı için klinik hizmetler huzurevlerinde olduğu düzeyde olacak fakat evinde içinde hemşirelik birimi olmayacak ve tıbbi kontroller dikkat çekemeyecek şekilde düzenlenmiştir (Robert Wood Johnson Foundation et:2018). Shahbaz kelimesi İran kökenli bir kelimedir ve Shahbazlar 120 saatlik bir eğitimden geçtikten sonra aldıkları sertifika sonucunda hemşire asistanları

olabilmektedirler. Bu eğitimlerde ise ilk yardım, mutfak becerileri, güvenli gıda, ev yönetimi, acil müdahale durumunda yapılacaklar gibi konular işlenmektedir. Gerontolojik Ev yani Yeşil Ev konseptinde en önemli olan oluşumlardan biri ise yaşlıların kendi odalarını kendi eşyaları ile döşeme olanağının sağlanmasıdır. Bu sayede kendisini evinde gibi hissedilen yaşlıların geleceğe pozitif ve umutla bakabilmelerini sağlar. Ayrıca bu evlerde yaşlıya gün içinde kendi programını kendisinin belirlenmesi sağlanmıştır. Mesela, geç yatmak isterse geç yatabilir veya televizyon izlemek istediği zamanı kendi belirleyebilir gibi (Altus 2010 pp.56).

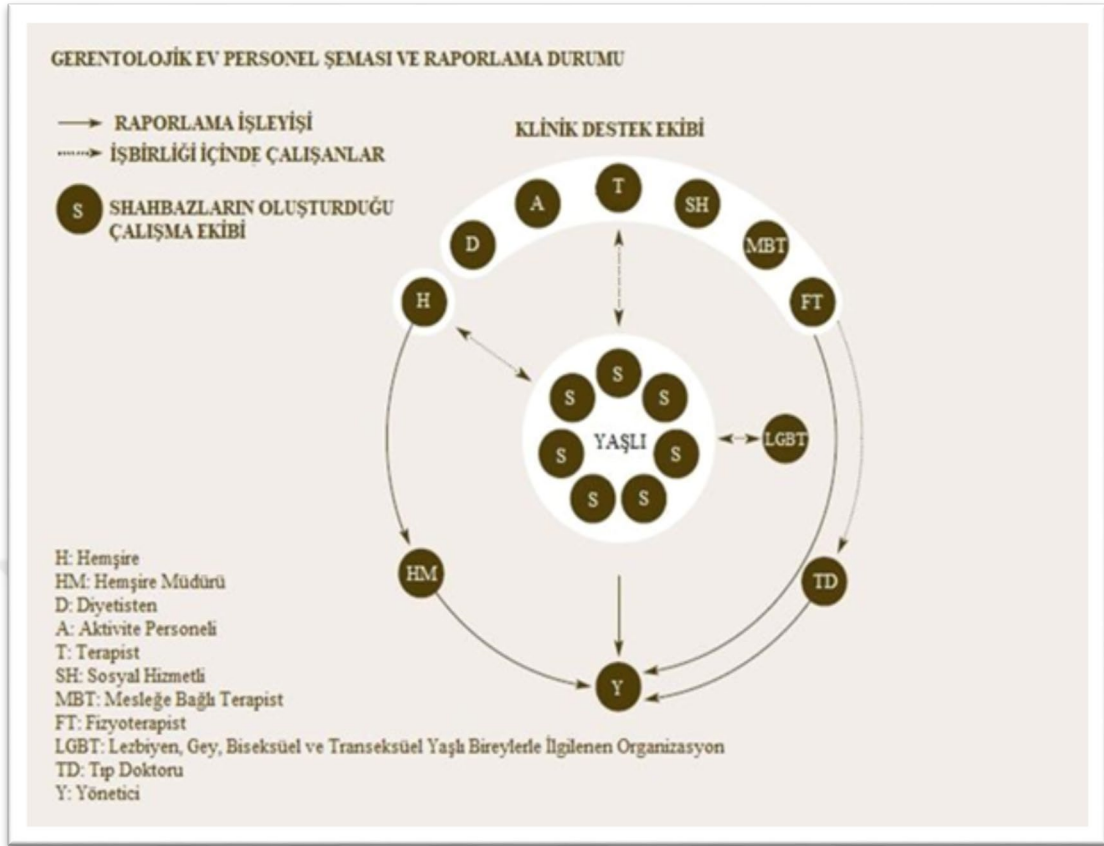
Gerontolojik Ev'ler tasarlanırken hedeflenen yaşlı bireyler için daha kaliteli bir yaşam sunmak, yaşlı bireylerin sosyalleşmelerini sağlamak ve yaşlı bireylerin hem fiziksel olarak hem de duygusal olarak tatmin olacakları ve sağlıklı bir şekilde hayatlarına devam edebilecekleri bir evde refah bir şekilde yaşamalarını sağlamıştır. Bu evlerde önem verilen en önemli bulgu ise yaşlıların kendi ailelerinde kopmamalarını sağlayacak bir düzen oturturulmuş olmasıdır. Yaşlı birey ailesini istediği zaman görebilir ve aile üyelerinin de istedikleri zaman etkinliklere katılabilmesi sağlanmıştır. Bütün bir çerçevede bakıldığında ise, Gerontolojik Ev konseptinin gerçek bir ev ortamı yaratarak yaşlılara özerklik, saygınlık ve seçim hakkı sunmuş yaşlı bakımında en iyi yaşam kalitesi sunmayı başarmış bir projedir (The Green House Project et:2018).

2.3.3.2. Gerontolojik Ev Örgütsel Tasarım

Gerontolojik ev kapsamında yapılan en önemli değişikliklerden biri personel yapısında olup buna ek olarak geleneksel huzurevi konseptinde olan hiyerarşiyi de tek düze bir yapıya çekmek amaçlanmıştır. Her gerontolojik ev birbirinden bağımsız olarak işlemektedir ve her evin kendine özel Shahbaz'ı bulunmaktadır. Shahbaz'lar genellikle "Guide" olarak adlandırılan ev içinde olan yöneticiye geri bildirimlerini yaparlar (NCB Capital Impact et:2018). Yeni örgütsel yapıda hemşireler daha çok klinik danışmanlık rolü üstlenirken, Shahbaz'lar tamamen günlük rutinleri denetlemek ile sorumludur. Shahbaz'lar günde 40 saat boyunca yaşlı bakım hizmeti vermekle yükümlüdürler ve bu süre tek bir yaşlı için günde 4 saat demektir (NCB Capital Impact et:2018). Hemşireler ise günde 1-1,2 saat arası yaşlıların klinik ihtiyaçları ile ilgilenirler. Genel olarak bakıldığında, 10 yataklı bir Gerontolojik ev içinde yaşlıların birebir günlük bakımı total de 5,2 saat olarak kayıtlara geçmektedir. Bir gün içindeki vardiyalara baktığımızda ise, her ev için 2 Shahbaz ve her 2 ev için 1 hemşire gerekli iken gece vardiyalarında bir ev için 1 Shahbaz iken her 2-3 ev için 1 hemşire çalışmaktadır. Hemşire ve Shahbaz

dışında geriye kalan klinik personeller ise evi yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda ziyaret ederler (NCB Capital Impact et:2018). Bunlara ek olarak, Shahbazlar yaşlıların bakımından tamamen sorumludular ve optimal bakımı sağlayabilmek için hemşireler ile iletişim içindedirler. Shahbazlar, yaşlıların için aktiviteler düzenlerler, yemek menülerini yaşlılarla birlikte sıfırdan tasalarlar ve mutfak alışverişinden sorumludurlar. Evin temizlik işlerinden de Shahbazlar sorumludur. Başhemşire yani Hemşire Müdürleri, hemşirelerin denetimden sorumlu olup onlara mentörlük yaparlar ve tüm kliniğin bakımdan sorumlu olup yaşlıların güvenliği tamamen kendilerine aittir. Hemşireler ise kişiye özel tedavi yöntemlerini uygularlar ve deneyimli olmak zorundadırlar. Shahbazları denetlerler ve eğitimlerinden sorumludurlar. Optimal yaşlı bakımı sağlanabilmesi için Shahbaz'lar ve klinik destek ekibi ile iletişim içindedirler. Genelde görevlendirildikleri Gerontolojik Ev'lerde çalışırlar. Yönetici evin bütün denetimine sahip olup Shahbaz'ları doğrudan denetlemekle yükümlüdürler. Destek klinik ekibi ise bakım planlamalarına katkıda bulunurlar ve gerektiğinde ya da talep edildiğinde yaşlı bakımından sorumludurlar (Bowers ve Nolet 2014 pp.55).

Şekil 2-6'da Gerontolojik evin örgütsel şeması ele anlatılmıştır. Görüldüğü üzere, Shahbazlar direkt olarak yaşlıların bakımlarıyla görevlidirler ve hemşirelerle işbirliği yaparak çalışırlar. Bu örgütsel şemada dikkat çarpan bir başka nokta ise Shahbaz'ların "SAGE" diye adlandırılan Türkçesi LGBT olan bir organizasyonla da işbirliği yaparak çalışmasıdır. Bu organizasyonun amacı lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel yaşlı yetişkinlerin hayatlarını iyileştirmek olup onların ihtiyaçlarıyla ilgilenmektedir. Shahbaz'lar ayrıca klinik destek ekibi ile de işbirliği içerisinde çalışırlar. Klinik destek ekibini oluşturanlar ise diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, etkinlik personeli, terapist, sosyal hizmet uzmanı ve mesleki terapisttir ve yöneticiye geri bildirimlerini rapor ederler. Klinik destek ekibinin amacı ise yaşlı bakımı ile ilgili planlama işlevlerinden sorumlu olup en kısa süre de en yararlı bakımın sağlanması hedeflerler ve yaşlılar ve Shahbaz'lar için bir kaynak görevindedirler (Rabig ve ark. 2006 pp.535). Bu ekibin denetleyici bir rolü yoktur ve Gerontolojik Ev yönetmeliğinde beyan edilen tedavi programını uygulamaktan mesuldürler. Bir nevi, yaşlıların bu ekibi eve gelen misafir olarak düşünülmesi istenmiştir.



Şekil 2-6: Gerontolojik Ev Personel Şeması ve Raporlara Durumu

Kaynak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book, s.9

Bunlara ek olarak, klinik destek ekibi ve tıp doktoru de iş birliği içinde çalışmakta olup tıp doktoru geri bildirimlerini yöneticiye rapor etmekle yükümlüdür. Bunlara ek olarak, klinik destek ekibi ve Shahbazlar arasında bir iş birliği olup en son Shahbazlar yöneticiye raporlarını sunmaktadır. Kısacası, Shahbaz'lar sertifikalı yönetici asistanları olsalar da aslında yönetici tarafından yönetilip gene yöneticiye rapor vermek durumundadırlar. Ayrıca, hemşireler kendi müdürlerine raporlarını sunmak durumundadırlar ve hemşire müdürleri de ev içinde olanı yöneticiye rapor ederler. Görüldüğü üzere, ana operasyon biriminin temelinde yaşlılar olup onlarla birlikte Shahbaz'lar Gerontolojik Ev'ler de önemli rol oynamaktadır. Daha sonra talepler ve sponsorluklara göre de diğer kollar bu organizasyon şemasına eklenmiştir.

Tasarlanan bu yeni örgütsel yapının amacı ise yaşlı bakımı için açılmış evlerde bürokrasi düzeylerini düşürerek yaşlının doğrudan bakımı için çalışan görevlinin rolünü

yeniden yaratmaktır. Daha sağlam temeller adına atılacak bu yeni rolde sağlık çalışanına güvenli bir çalışma ortamı sağlamak, yaşlı bakımı hakkında daha fazla eğitimler vermek, maaşlarını arttırmak ve onlara daha fazla sorumluluk vererek onları yeni rollerine adapte etmek amaçlanmıştır (Rabig ve ark. 2006 pp.535).

2.3.3.3. Gerontolojik Ev Çalışma Ekibi

Gerontolojik Ev konseptinde hemşire asistanları olan Shahbaz'ların da kendi içinde kendi kendine yöneten bir çalışma ekibi bulunmaktadır. Bu çalışma ekibi ev ile ilgili bütün bilgileri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütün verileri birbirleri ile paylaşırlar. Bu ekip, yaşlıların bakımı için olan paylaşımların daha kolay ve sağlıklı olabilmesi için eşgüdümleyici 5 ana gruba bölünmüştür ve her 3 ya da 4 ayda bir de gruplar içindeki yerleri rotasyon usulü değiştirilir. Bu ekiplerin yaşlı bireylerin morallerini, doyum durumlarını ve iyilik hallerini arttırmak için oluşturulmuştur. Ayrıca, ciro ve işe gelmeme gibi durumları da en aza indirgeye bilmek için oluşturulmuştur (Zimmerman 2010 pp.7). Bu gruptan ilki takım koordinatörüdür ve bu grubun rolü ise takım ile aileler, klinik destek ekibi, yönetici ve diğer çalışanlar arasında bağlantıyı sağlayan ekiptir ve ev içindeki toplantıların yürütülmesinden sorumludur. İkinci grup ise yaşlı bakımının en temelini oluşturan beslenmeyle ilgilenen gruptur (NCB Capital Impact et:2018). Klinik destek ekibinde olan diyetisyen ile çalışmalar yaparak haftalık menü planlarını düzenler, yiyecek siparişlerden sorumludur, yiyeceklerin tazeliğini ve yeterliliğini denetler, mutfak ve buzdolabı temizliği ve gıdaların saklanma koşulları hakkındaki kurallara uyulmasını sağlayan ekibin oluşturduğu gruptur. Ayrıca bu ekip gerekli görüldüğü durumlarda yaşlı bireyin iştahı, günlük tüketimini ve kilosunu analiz edip Shahbaz ya da klinik destek ekibinden olan diyetisyene rapor etme durumundadır. Üçüncü grup oda temizliğinden sorumlu olan gruptur ve evin bütün temizliğinin yönetiminden sorumlu olandır. Temizlik malzeme siparişi, genel temizlik verilerini kaydetme şeklinde yükümlülükleri vardır. Bunlara ek olarak, yaşlıların özel kıyafetleri, nevresim takımları ve bunun gibi kuru temizleme ile ilgili işlerin de denetiminden sorumludurlar. Dördüncü grup için ise Gerontolojik Ev'in insan kaynakları olarak adlandırılabilir çünkü bu grup Shahbaz'ların çalışma saatlerini düzenler, fazla mesaiye kalınma durumundaki çizilecek olan rotayı belirler. Eğer bir Shahbaz planlandığı gibi çalışmıyorsa ya da aykırı davranışlar gösteriyorsa bunu ev yöneticisine bildirmekten sorumlu olan gruptur. Son grup ise yaşlı bireyin bakımı ile direkt olarak ilgilenen takımdır ve bu takım klinik destek ekibi ve diğer çalışanlarla birlikte yaşlı bireyin en iyi

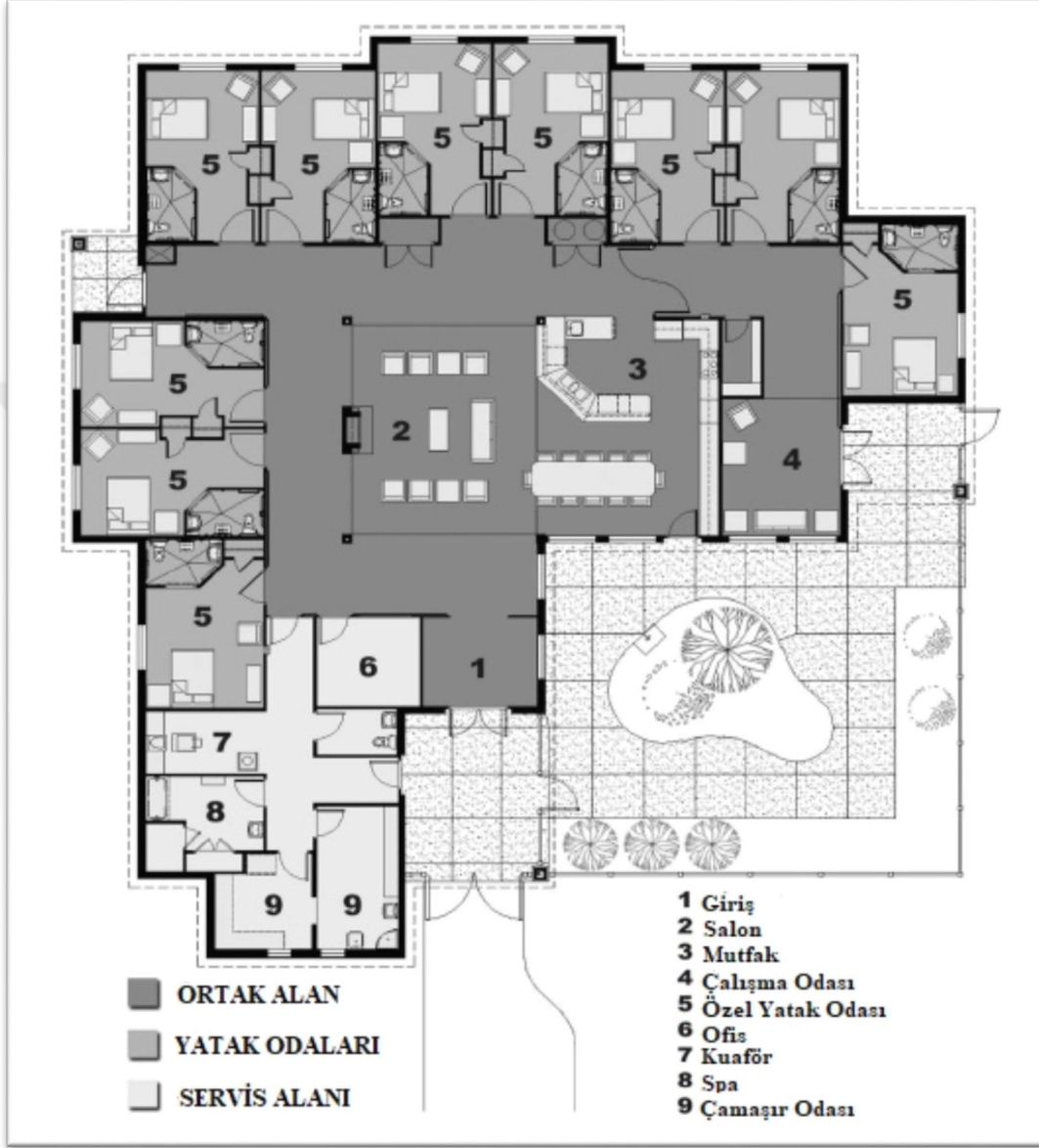
şekilde bakılmasına yönelik toplantılar düzenler. Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığına dair raporlamalar yapar ve gerekli planlara göre yaşlı bakımının işleyip işlemediğini denetler (The Green House Project 2010 pp.21).

2.3.3.4. Gerontolojik Ev Mimari Tasarım

Gerontolojik Ev'lerin mimari projesi çizilirken dikkat edilen en önemli husus yaşlı bireylerin huzurlu, mutlu bir çevrede yaşayarak hayatlarını sürdüreceği şekilde ve kendilerini toplumdan soyutlanmış hasta bireyler olarak hissetmekten daha çok sağlıklı mutlu bir evde yaşadıklarını hissettirecek şekilde tasarlanmıştır. Hatta Amerika'da ülke çapında yapılan bir ankette, ailelerin normal huzurevlerinden daha uzakta olsa bile sevdiklerinin bu evde yaşayabilmeleri için daha fazla trafikte zaman geçirmeyi göze aldıkları gözlemlenmiştir (The Green House Project 2010 pp.1).

Amerika'da 2016 yılının verilerine bakıldığında 27 eyalette totalde 185 Yeşil Ev yani Gerontolojik Ev bulunmaktadır (The Green House Project et:2018). Uzun vadeli olarak yaşlı bakımı ile ilgilenen bu evlerin mimari tasarımı çok önemlidir çünkü geleneksel huzurevlerinin tercih sebebi olmamasının en büyük etkenlerden biri bu yeni modelde tasarlanan evlerdir. Gerontolojik Ev'lerin mimari tasarımı çizilirken belli başlı alanlara dikkat edilmiştir ve dikkat edilen önemli konulardan birisi dış tasarımının konumlandığı alandaki diğer evlerden farklı olmamasıdır. Buna ek olarak normal bir ev ortamını yaratabilmek için mutfak, yemek odası, oturma odası, çamaşır odası, her yaşlı bireyin kendine ait olan bireysel odası, çardak ve bahçesi olan bir mimari tasarım planlanmıştır. Huzurevlerinde olduğu gibi uzun koridorlar ve hastane ortamını hatırlatacak mobilyalardan kaçınılmıştır ve de yaşlıların kendilerini hastane ortamında veya huzurevinde hissetmemeleri için tıbbi ortamı çağrıştıracak tabela ve sesli çağrı sistemlerinden kaçınılmıştır (Rabig ve ark 2006 pp. 534). Bu evlerde akıllı ev sistemi teknolojisi kullanımı benimsenmiştir ve mimari tasarımda küçük metrekareler kullanılmıştır. Metrekarelerin küçük kullanılmasının sebebi ise yapılan araştırmalara sonucunda küçük ebatlı yaşam alanlarının kaygı ve depresyonu azaltma da etkisi olduğu gözlemlenmiş ve hareket, sosyalleşme, iletişim kurabilme ve arkadaş edinebilme gibi sosyal aktivitelerin artmasında pozitif bir rol oynadığı gözlemlenmiştir (Rabig ve ark 2006 pp. 534). Bunlarla birlikte, açılan ilk Gerontolojik ev de göze çarpan en önemli detaylardan birisi de yaşlı odalarının ortak kullanım alanından yani evin kalbi olan bölmeden birkaç adım kadar uzaklıkta olması ve her odanın dışarıya bakacak şekilde konumlanmış olmasıdır (Rabig ve ark 2006 pp. 536). Şekil 2-7'de kurulan ilk

Gerontolojik Ev'in kat planı yer almaktadır ve görüldüğü üzere her oda da bireysel banyo bulunmakta olup ofisler evin farklı bir alanında yaşlının sürekli olarak göz teması kurmamasını sağlayarak kendilerini ev ortamında hissetmeleri sağlanmıştır.



Şekil 2-7: İlk Gerontolojik Ev'in Kat Planı

Kaynak: Rabig, J., Thomas, W., Kane, R., Cutler, L.J., McAlilly S. (2006). Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept In Tupelo, Mississippi, s.537

Gerontolojik Ev'lerin mimari tasarım mutlaka bir mimar tarafından çizilmeli ve projeyi oluşturan kurul tarafından kabul edilip onaylandıktan sonra inşasına başlanabilir. Buna ek olarak, bu evler buldukları konuma ve arsa ebatlarına göre

farklılık gösterirler. Kentsel ve metropoliten bir yaşam alanı içinde kurulduğu zaman apartman şeklinde iken kırsal bir yaşam alanı içinde kurulduğu zaman düzayak tek katlı müstakil ev şeklinde inşaat edilir. Gerontolojik Evi'n mimari projesi oluşturulurken içermesi gereken belli başlı başlıklar vardır. Bunlar;

- Her yaşlı bireyin kendine ait odası ve bu odada bulunması şart olan tavan asansörleri ve kilitli eczane dolabı, her odada doğal ışık sağlanmalı bu yüzden her oda dışarıya bakacak şekilde konumlandırılmalıdır.
- Çitlerle çevrili bir bahçe içermektedir ve bu sayede yaşlı bireyin yürüyüş yapabilmesi ve temiz oksijenden yararlanması sağlanır.
- Tüm yaşlıların ve Shahbaz'ın bir arada oturabileceği geniş ve uzun yemek masası ile birlikte mutfakın konumu odalara, ortak alana ve dışarıyı rahat bir şekilde görebilecek şekilde konumlandırılmalıdır. Bu sayede sertifikalı hemşire asistanı olan Shahbaz ani bir durumda hemen müdahale edebilir.
- Son olarak evin kalbi olarak adlandırılan ortak alan da açık mutfak, yemek alanı ve yaşama alanı bir bütün olarak konumlandırılmalıdır.

Böylece yaşlı bireylerin ve personelin rahat bir şekilde iletişim ve etkileşim içinde olmaları sağlanır. Bunlara ek olarak, Gerontolojik Ev'ler tasarlanırken dikkat edilen önemli bir diğer husus ise herhangi bir yaşlıya zarar verebilme ihtimali olan her şey için güvenli önlemler alınmasıdır. Örnek olarak, mutfaklar açık ve her yaşlı istediği zaman Shahbaz kontrolünde kendi yemeğine yapabilmektedir. Açık mutfak olduğu için ise kesici aletler için kilitli dolaplar tasarlanmıştır. Salonda yer alan şömine için ise emniyet kalkanı tasarlayarak güvenlik önlemleri alınmıştır.

Amerika'da inşa edilen Gerontolojik Ev'ler arsalarına ve konumlandıkları çevreye göre değişiklik göstermektedir. Mesela, tipik düzayak 10 yataklı bir ev için ortalama 6,400 ile 7,000 fit kare yani 594,579 metrekare ile 650,321 metrekarelik bir alana konumlanmıştır. Eğer apartman şeklinde yüksek katlı bir şekilde tasarlanmışsa o zaman her katta ayrı bir ev konsepti tasarlanır ve hepsinin girişi birbirinden bağımsızdır. Bu tarz apartman şeklinde tasarlanan evlerde tek ortak noktalar ise asansör, lobi ve ortak alanda kullanılan merdivenlerdir bunlar haricinde evler arasında herhangi bir fiziksel bağ yoktur (The Green House Project 2010 pp.16).

Aşağıdaki görseller Amerika Birleşik Devletleri'nin farklı eyaletlerinde bulunan 5 farklı şekilde tasarlanmış. Gerontolojik Ev projelerinin görsellerini göstermektedir. Şekil 2-8' de gösterilen birinci ev, Arizona eyaletinde 7.000 m²'lik bir arsaya inaa

edilmiş olup 10 yaşlının kalabileceği şekilde tasarlanmıştır. Spa odası, fizik tedavi odası ve veranda ile de yaşlı bireylere hem bireysel aktiviteleri için hem de fiziksel aktiviteleri için yaşam alanı sağlandığı görülmektedir. Şekil 2-9'da gösterilen ikinci ev Amerikan'ın Michigan eyaletinde 6.998 m²'lik bir alana inşa edilmiş olup 10 yaşlı bireyin rahatça bir arada yaşayabileceği şekilde tasarlanmıştır. Bu ev de Arizona'da inşa edilen ev konseptine benzerlik göstermekte olup yeşillikler içinde olduğu görülmektedir. Şekil 2-10'da gösterilen üçüncü ev ise Alabama'da inşa edilmiştir. St. Martin Emeklilik Topluluğu ilk olarak 1957 yılında 80 emeklinin bir arada yaşaması ile ortaya çıkmış olup günümüze Gerontolojik Ev modeli ile hizmet vermektedir. Alabama'da bulunan bu ev iki katlı olup içinde iki farklı Gerontolojik Ev barındırmaktadır. Planda 1.kat 6.430 m² iken 2.kat 6.919 m² olarak tasarlanmıştır ve evin içinde ortak kullanılan bir asansör mevcuttur. Her iki evde de birbirinde bağımsız kapalı veranda, spa odası, kuaför ve kütüphane gibi yaşlı bireyin sosyal ve bireysel aktivitelerini canlandırmak adına olan bir proje tasarlanmıştır. Şekil 2-11'de gösterilen dördüncü ev ise Amerika'nın Massachusetts eyaletinde yer almakta olup ülkenin ilk kentsel Gerontolojik Ev projesidir. Toplam da 13.500 m²'lik bir alanda tasarlanan bu ev 6 kattan oluşmaktadır ve içinde iki farklı Gerontolojik Ev vardır. Giriş katında 800 m²'lik ortak olarak kullanılan lobi ve asansör bölmesi bulunmaktadır ve her kat 6.350 m² olarak tasarlanmıştır. 2010 yılında faaliyete giren bu ev de yenilikçi bir bakım modeli benimsenmiş olup yaşlı bireylerin tamamen mutlu bir şekilde hayatlarını sürdürmeleri felsefesi göz önüne alınmıştır. Bu evin diğer evlerden bir başka ayrıcalığı ise 30 odasında ise ALS ve MS hastası olan yaşlı bireyler yaşamaktadır. Beşinci ev Amerika'nın Nebraska eyaletinde bulunan Tabitha Sağlık Hizmetleridir ve Nebraska'da inşa edilen ilk Gerontolojik Ev'dir. 5.000 m²'lik bir alanda bulunan bu evde 9 yaşlı bireye hizmet verilmektedir ve diğer evlerde olduğu gibi kütüphane ve veranda gibi hem bireysel hem toplu aktivitelerin yapılmasını sağlayabilecek alanlar tasarlanmıştır. Şekil 2-12'de yer alan altıncı ev ise California eyaletinde bulunan Mt. San Antonia Bahçeleri olup kar amacı gütmeyen bir bakım kuruluşu olarak ilk 1961 yılında inşa edilmiştir. 2003 yılında Gerontolojik Ev kavramının gündeme gelmesi ile yeniden tasarlanmış olup bir ev 6,881 m² bir alanada 10 yaşlı bireyin rahat ve huzurlu bir şekilde yaşayabilecekleri şekilde tasarlanıp inşa edilmiştir.



Şekil 2-8: Arizona Vaftiz Emeklilik Merkezi Gerontolojik Evi

Kaynak: The Green House Project (2010, April) THE Green House Project Guide Book,
s.17



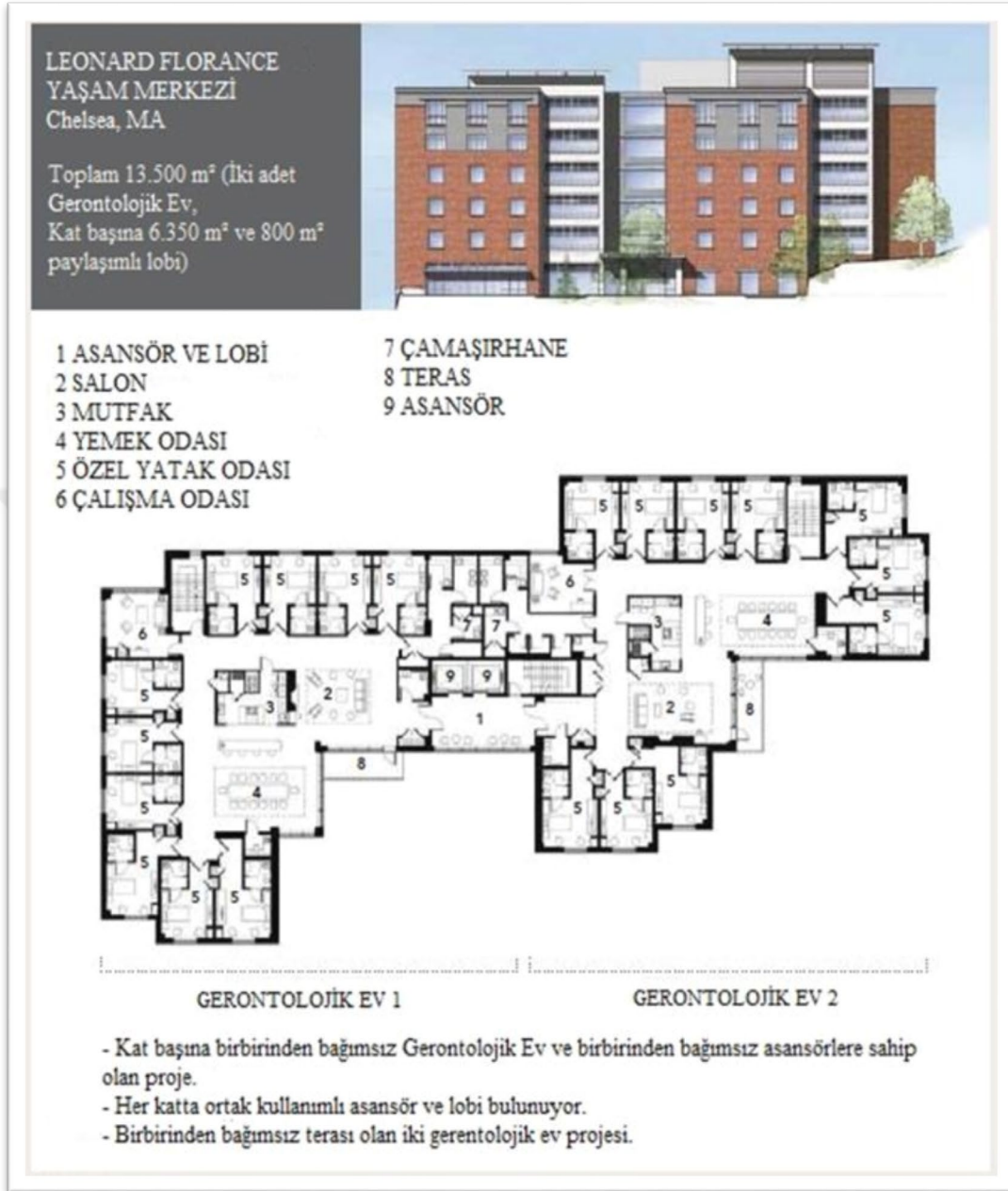
Şekil 2-9: Redford Köyü Gerontolojik Evi

Kaynak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book, s.18



Şekil 2-10: St. Martin's Emeklilik Topluluğu Gerontolojik Evi

Kaynak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book,



Şekil 2-11: Leonard Florance Yaşam Merkezi Gerontolojik Evi

nak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book, s.20



Şekil 2-12: Mt. San Antonio Gerontolojik Evi

Kaynak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book,

s.21

2.3.4. Huzurevi Konsepti ile Gerontolojik Ev Konseptinin Karşılaştırılması

20. yüzyılın en etkili hümanistik psikologlarından biri olan Carl Rogers, “kişi odaklı” bakım yaklaşımının temellerini atmıştır. Rogers’a göre, geç yaştaki bireylerin kendilerini yaşamdan soyutlamadan geliştirebilmeleri için öğrenmeye devam edebilmeleri ve samimi ilişkiler kurabilmelerine olanak sağlanmasıydı. Hatta Rogers’a göre insanların kapasitelerinin yaşla birlikte azalmadığını onlara sunulan pozitif ve kaliteli bakım sayesinde daha da geliştiğini belirtmiştir (Brownie ve Nancarrow 2013 pp.2). 1991 yılında Dr. William Thomas’ın “Eden Alternatif” kuramını sunmasıyla yani uzun vadeli yaşlı bakımının “kişisel odaklı” olması gerektiğini ortaya çıkarmasıyla kurumsal hayatta yaşlıya ve yaşlının bakımına olan bakış açısını ve bu süreçlerin değişimini sağlamıştır (Brownie ve Nancarrow 2013 pp.2). Sonuç olarak, yaşlı bakımı ile ilgili görüşlerin değişmesi sayesinde yeni yaşlı bakım tesisleri açılmaya başlanmış olup yaşlıların hatta yaşlı bireylerin ailelerinin de bu merkezleri seçmeye meyilli olduğu açık bir şekilde yapılan çalışmalarda gözler önüne serilmiştir. Gerontolojik evleri huzurevlerinden ayıran ve yaşlı bakımında önemli rol oynayan belli başlı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler yapısal olduğu kadar yaşlı birey merkezli olup yaşlıların daha kaliteli bir şekilde yaşamlarına devam etmeyi amaçlamıştır.

Tablao 2-4’te detaylı tabloda ilk göze çarpan değişiklik yaşlı bakım merkezinin büyüklüğü yani boyutu ile ilgilidir. Geleneksel huzurevlerinde 120 ve daha fazla yatak sayısına sahip olup Gerontolojik Ev’de bu sayı 7 ile 10 arasında değişmektedir. Huzurevlerinin felsefesi klinik hizmet modelinin ön planda olduğu tıbbi bir model iken Gerontolojik Ev’lerin felsefesi yaşlıların yaşam kalitesine önem vermek ve yaşam kalitelerini en yüksek düzeyde olmasını sağlayacak bir model izlemektir. Huzurevlerindeki organizasyonel yönetime bakıldığında hiyerarşik bir yapı izlenmektedir ve hemşireler birim etkinliğinden sorumludur. Gerontolojik evlerin organizasyonel yapısı incelendiğinde ise bürokrasinin ön planda olduğu hemşirelerin sadece kendi işlerinden sorumlu oldukları ve gerektiği zamanda bakım merkezlerine gittikleri yetkinin ise doğrudan bakım personeline olduğu gözlemlenmiştir. Huzurevlerinde karar verme mekanizması “örgütsel liderlik” olarak göze çarparken Gerontolojik Ev’lerde karar verme mekanizması yaşlı veya yaşlıya en yakın kişi tarafından belirlenir (uygulanabilirliği tespit edildikten sonra) ve ev konseyi tarafından menüler, etkinlikler ve ev rutinleri planlanır. Bu özellikler arasında yaşlı açısından en önemlilerinden biri olan ise mahremiyet. Huzurevlerinde yaşlılar için sunulan odalar ve

tuvaletler genellikle ortak kullanıma tabii iken Gerontolojik Ev'lerde bu durum daha çok cezbedicidir çünkü her yaşlının kendi odası ve kendi tuvaleti bulunmaktadır. Bir başka özellik ise erişilebilirlik ile ilgilidir. Huzurevlerinde alan kuruma ait olup yaşlıların sadece odalarına ve ortak alana erişilebilirliği olup diğer kurumdaki diğer alanlara girişi engellenmiştir. Gerontolojik Ev'ler de ise yaşlının evdeki her alana erişebilme yetkisi vardır. Dış alan olarak adlandırılan bir başka özellik ise yaşlının dışarıyla olan iletişimi hakkında bilgi vermektedir. Huzurevlerinde yaşlıların dışarı çıkabilmesi için (kurumun bahçesi vs.) yanında bir yardımcı olması gerekmektedir veya gözetim altında çıkabilirken Gerontolojik Ev'lerde yaşlının dışarıyla iletişimin kesilmemesine özen gösterilmiştir. Bu evlerin bahçesi çitlerle çevrili olup mutfaktan bile dış alanın gözlenebilmesi sağlanmıştır. Böylelikle yaşlı hem kendini özgür hissedebilmesi hem de olası bir görünmez kazaya karşı önlem alınması sağlanmıştır. Bir başka özellik olan ortak yaşam alanları olan dinlenme ve yemek alanları huzurevlerinde uzun koridorların sonunda yer almaktadır. Gerontoloji Ev'lerde ise ortak yaşam alanları evin tam ortasında konumlanmış olup açık mutfak sayesinde bir ev ortamı sağlanmaya çalışılmıştır. Huzurevleri ve Gerontolojik Ev arasındaki en önemli farklardan biri ise mutfaktır. Huzurevlerinde mutfak yaşlı ve ziyaretçilerin erişimine kapalı iken Gerontolojik Ev'ler de yaşlı ve ziyaretçilerin mutfağa erişimlerinde hiçbir sakınca bulunmamaktadır hatta isterlerse mutfak aktivitelerine katılabilirler. Bunlara ek olarak hemşire odaları huzurevlerinde tam ortada konumlanmaktadır. Gerontolojik Ev'lerde ise bu durum farklıdır. Her odada ilk yardım dolabı bulunmaktadır ve hemşireler yaşlının ilaçlarını vermek veya tedavilerini uygulamak için tek tek yaşlı odalarını ziyaret ederler. Evrak işleri ve yapılan tedavilerin kayıtlarının tutmak için ise ofis birimin olduğu bölümde odaları bulunmaktadır.

Huzurevi ve Gerontolojik Evi birbirinden ayıran bir başka özellik ise akşam yemeğidir. Huzurevlerinde akşam yemekleri geniş ve büyük yemekhaneyi andıran bir bölümde yenmektedir ve tabldotlar şeklinde sunulurken Gerontolojik Ev'ler de tıpkı çekirdek ailenin akşam yemeğini yemesi gibi bir tasarım sağlanmıştır ve herkes bir arada ailecek yemek yemektedir. Yaşlı bakımıyla ilgili bu iki kurumsal evi birbirinden ayıran bir diğer önemli özellik ise personeldir. Huzurevlerinde personel görevlerine göre bölümlere ayrılmıştır. Gerontolojik Ev'de ise Shahbaz evrensel bir personeldir. Diğer bir deyişle Shahbaz yaşlı ile doğrudan bakım, yemek pişirme gibi genel olarak ev idaresinden sorumludur. Huzurevi ve Gerontolojik Evi birbirinden ayıran son ve en

önemli özellik ise ziyaretçiler ile olan iletişim kavramıdır. Ziyaretçilerin huzurevlerine sınırlı bir şekilde erişimleri varken Gerontolojik Ev’lerde bu durum tamamen farklıdır. Ziyaretçiler istedikleri zaman yakınlarını görebilir, yemeklere ve aktivitelere katılabilir, mutfak işlerine yardım edebilir ve özel günlerde yakınları ile birlikte aile kutlamaları yapabileme imkanına sahiptirler (The Green House Project Guide Boo 2008 et:16.06.2018).

Sonuç olarak, yaşlı bakımıyla ilgili yapılan iyileştirmeler sonucu son yıllarda huzurevleri yaşlıların tercih yelpazesinden çıkmış olup sunulan kalite ve ayrıcalıklar sayesinde hem yaşlının kendi tercihinin hem de yaşlı bireyin aile yakınlarının da tercihinin Gerontolojik Ev’lerden yana olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 2-4: Huzurevi ve Gerontolojik Ev’in Karşılaştırılması

	HUZUREVİ	GERONTOLOJİK EV
KAPASİTE	120 + yatak kapasitesi ve paylaşımlı kullanım	7-10 yaşlı
FELSEFE	Sağlık ön planda	Mutlu yaşam ön planda
ORGANİZASYON	Hemşireler tarafından kontrol	Hemşireler özel durumlarda gelebiliyor
KARAR VERME MEKANİZMASI	Yönetim tarafından karar verilir uygulanıyor	Yaşlıların kararları da göz önüne alınarak akış sağlanıyor
GİZLİLİK	Gizlilik yok (Ortak oda ve banyo)	Özel oda ve banyo
ERİŞİM	Yaşlıların yemekhaneye, kendi odalarına ve ortak alana girişi hakkı var	Erişim sınırsız, evin her yerine girme hakları var
DIŞ ALAN	Hemşire olmadan çıkmak yasak	Tek başlarına da çıkabiliyorlar ama evin her yerinden çalışanların görebileceği şekilde tasarlanması lazım
YAŞAM ALANI	Oturma alanları ve yemekhane genelde uzun koridorların en sonunda	Açık mutfak ve bütün odalar oturma odasına açılıyor herkes iletişim halinde olabilsin diye

MUTFAK	Sadece çalışanlar girebiliyor	Evde yaşayan herkesin girebilme hakkı ve istediği zaman yemek yapma hakkı var
REVİR	Her katta ve en ortada	İlk yardım ve eczane dolabı her odada mevcut, kişiye özel tedavi
YEMEKHANE	Geniş ve büyük alan ve tabldot	Hep birlikte yemek yenebilen bir büyük aile masası
ÇALIŞANLAR	Kurumsal çalışanlar belirli saat ve belirli görevleri var	Shahbaz (Ev Görevlisi) temizlik, çamaşır, yemek ve birebir ilgilenmeden sorumlu
ZİYARETÇİLER	Kısıtlı ve esnek olmayan ziyaret saatleri	Yemekler ve aktivitelerde istedikleri zaman katılım sağlayabilme, Aile Kutlamalarına izin

Kaynak: The Green House Project (2010, April) The Green House Project Guide Book, s.30

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, kapsamı ele alınarak, Amerika’da tasarlanan Gerontolojik Ev’in örnek fizibilite çalışması, Türkiye’ye uyarlanması öngörülen Gerontolojik Ev’in fizibilite çalışması ve örnek mimari tasarımına yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Nüfusun yaşlanması ile birlikte yaşlılık kavramı ve bununla birlikte yaşlı bireyin bakım ihtiyaçları ortaya çıkmıştır ve yaşlı bireylerin geri kalan yaşamlarında yaşlının ön planda tutulduğu bakım evleri inşa edilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada Gerontolojik Ev konseptinin topluma ve yaşlılara olan faydasının literatür taramaları ile birlikte teorik destekli olarak ele alınmıştır.

Türkiye’ye uyarlanması öngörülen Gerontolojik Ev konseptinin dünyadaki mevcut uygulamasının Türkiye açısından değerlendirilmesine ek olarak Microsoft Office Excel programı aracılığı ile örnek bir aktüel finansal fizibilite çalışması yapılmıştır. Fizibilite çalışması ele alınırken optimum fayda sağlanabilecek arsa ve bina maliyetine, binanın ve kullanılan ekipmanların faydalı ömrüne, ilgili modifikasyon maliyetlerine, hasta sayısına bağlı değişebilecek ek maliyetlere, tasarlanması ön görülen evde çalışacak yönetim kadrosu ve personel sayısına, çalışanlara verilecek aylık ücretlere, aylık ve sabit değişken giderlerine, faaliyetler sonucunda yaşlı birey başına ortalama gelire, detaylı nakit akış tablosuna ve bu tablo detayında hesaplanan iç verim oranına değinilmiştir. Fizibilite çalışmasına ek olarak, Türkiye’ye uyarlanması öngörülen Gerontolojik Ev için Türkiye’nin koşullarına ve kültürel yapısına göre uyarlanacak örnek bir mimari tasarımdan bahsedilmiştir. Yaşlı bireylerin zihinsel ve bedensel sağlıklarının korunabilmesi, psikolojik kaynaklı oluşabilecek hastalıkları minimize edebilmek, sosyal faaliyetler ile pozitif bir ruh hali içerisinde hayatına devam edebilmesi gibi faktörler Gerontolojik Ev modelinde önemli rol oynayan kıstaslardır. Türkiye’ye uyarlanması öngörülen Gerontolojik Ev kavramı ile hem yaşlı bireyi hem de toplumu negatif yönde etkileyen bu faktörlerin minimize edilmesi öngörülmele birlikte yaşlı bireylerin sorunlarını en aza indirgeyecek, kişiye özel servislerin bulunacağı ve oluşabilecek sorunlara karşı tamamen çözüm odaklı olabilecek uzun süreli bakım evi modeli ele alınmıştır.

3.2. Amerika’da Tasarlanan Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması

Amerika’da bulunan 150 yataklı Maplewood Gerontolojik Evin yapılan finansal fizibilite çalışmasında bu evin kırsal alanda konumlandığı belirtilmiştir ve evin kar amacıyla kurulan bir kuruluş olmadığı özellikle belirtilmiştir. Bu fizibilite çalışmasının yapılmasının amacı ise var olan geleneksel huzurevinin yeni model olan Gerontolojik Ev konseptine dönüştürülmesidir. Projenin kapsamına bakıldığında ise uzun süreli bakım için 13 eve bölündüğü ve ev başına 10 yataklı özel odalardan oluşturulduğu gözlemlenmiştir. Kısa süreli yaşlı bakımı ya da rehabilitasyon bakımı için ise 2 eve bölünmüş olup uzun süreli bakım için ev başına 10 yataklı bir proje tasarlanmıştır. Yapılan bu fizibilite çalışmasında personel dışı giderler için yıllık enflasyon faktörü ise %3 oranında belirtilmiştir. Gider tabloları daha detaylı bir şekilde incelendiğinde ise 8 farklı gider tablosu oluşturulmuş olup ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

3.2.1. Amerika’da Tasarlanan Gerontolojik Evin Fizibilite Çalışmasının Muhasebe Tabloları

3.2.1.1. Genel Yönetim Giderleri Tablosu

Tablo 3-1’de gösterilen genel yönetim tablosunda görüldüğü üzere Gerontolojik Evin giderlerinin en önemli kalemleri denetim giderleri, reklam giderleri, yasal giderleri, telefon giderleri, Gerontolojik Evde çalışanların eğitim giderleridir. Yatak başına giderlerin toplamı 224.22\$ olarak belirtilmiş olup 150 yataklı bir tesis için bu rakam 33.637\$ olarak belirtilmiştir.

Tablo 3-1: Genel Yönetim Giderleri Tablosu

Genel Yönetim Giderleri	Tutar
Eğitim	84.75
Seyahat	26.06
Medical Direktör	23.72
Denetim	22.22
Telefon	10.94
Hizmet	9.16
Diğer	9.01
Diğer üye giderleri	8.43
Ofis ekipmanları	8.27
Aidat	5.42
Vergi	4.71
Baskı	4.25
Muhasebe	3.61
Posta	1.79
Reklam	1.56
Ekipman	0.32
Toplam	224.22

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.1-3

3.2.1.2. Beslenme Giderleri Tablosu

Beslenme giderleri Tablo 3-2’de gösterilmiş olup çiğ gıda, mutfak ekipmanları, beslenme ve diyet uzmanı maaşı, çalışanların yemekleri, besin takviyeleri gibi giderleri kapsamakta olup fizibilite çalışmasında bu giderler her bir yaşlı başına hesaplanmıştır. Yatak başına ortaya çıkan beslenme gideri 182.66\$ iken 150 yataklı bir kurum için 56.028\$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3-2: Beslenme Giderleri Tablosu

Diyet	Tutar
Danışmanlık	48.62
Diğer	39.77
Personel yiyecek	39.06
Tedarik	32.88
Yiyecek takviyeleri	13.88
Yiyecek	6.51
Ekipman	1.94
Toplam	182.66

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.1-3

3.2.1.3. amaşırhane ve Temizlik Giderleri Tablosu

Oda temizlik malzemeleri, amaşırhane malzemeleri, nevresim takımları, sözleşmeli özel hizmetler gibi giderleri kapsamakta olup Tablo 3-3’de uzun süreli yaşlı bakımında yatak başına 49.06\$ olup 130 yataklı bir kurum için toplamda 5.877 \$’ olduğu gösterilmiştir. Kısa süreli yaşlı bakımında ise bu tutar yatak başına 49,06 \$ olup 120 yataklı bir kurumda 982 \$’dır.

Tablo 3-3: amaşırhane ve Temizlik Giderleri Tablosu

amaşırhane ve Temizlik Giderleri Tablosu	Tutar
Temizlik Malzemeleri	21.38
amaşırhane Malzemeleri	8.88
Keten ve Nevresimler	9.44
Ekipmanlar	0.46
Diğer	8.9
Toplam	49.06

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.1-3

3.2.1.4. Gerontolojik Ev’de Konaklayan Yaşlının Hizmet Giderleri Tablosu

Tablo 3-4’de yer alan gider tablosunu oluşturan kalemler ise bakım malzemeleri, ilaçlar, taşıma, fizik tedavi ve rehabilitasyon malzemeleri, aşılama ücretleri ve sosyal hizmet ücretleri gibi giderleri kapsamaktadır. Uzun süreli yaşlı bakımı için yatak başına 414.53\$ olup 130 yataklı bir Gerontolojik Ev için 53,888 \$ olarak hesaplanmıştır. Kısa süreli yaşlı bakım için ise bu maliyet yatak başına 414.53\$ iken 120 yataklı bir Gerontolojik Evde ise bu giderler 8.291\$’dır.

Tablo 3-4: Gerontolojik Ev’de Konaklayan Yaşlıların Hizmet Giderleri Tablosu

Gerontolojik Ev’de Konaklayan Yaşlıların Hizmet Giderleri Tablosu	Tutar
Bakım Malzemeleri	166.61
İlaçlar	103.7
Ulaşım	4.24
Fiziksel ekipmanlar	1.91
Terapi ekipmanları	0.27
Konuşma Terapisi Hizmetleri veya Malzemeleri	12.08
Diş Malzemeleri	0.5
Sosyal Çalışma Malzemeleri	6.4
Diğer	118.82
Toplam	414.53

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.5

3.2.1.5. Aktivite ve Pazarlama Giderleri Tablosu

Tablo 3-5’te yer alan gider tablosunu oluşturan giderler yaşlı bireyleri hayat kalitesini artırmak için uygulanan aktivitelerin malzemeleri, özel günler için sağlanan eğlence giderleri ve reklam giderlerini kapsamaktadır. Yatak başına 16.18 \$ olan bu giderler 150 yataklı Gerontolojik Ev için 2.428 \$’dır.

Tablo 3-5: Aktivite ve Pazarlama Giderleri Tablosu

Aktivite ve Pazarlama Giderleri Tablosu	Tutar
Reklam Giderleri	5.55
Aktivite Giderleri	4.61
Ağırlama Giderleri	1
Diğer	5.02
Toplam	16.18
Yatak sayısı	150
Toplam Gider	2,428

Kaynak : <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.6

3.2.1.6. Sabit Giderler Tablosu

Tablo 3-6’da gösterilen sabit giderleri oluşturan kalemler elektrik, su ve gaz gibi temel ev giderlerini kapsamaktadır. Yatak başına 301,64\$ iken 150 yataklı kurum bu meblağa 45,247\$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3-6: Sabit Giderler Tablosu

Sabit Giderler Tablosu	Tutar
Elektrik	71.25
Su	26.66
Gaz	18.46
Çöp kaldırma	20.61
Kablo TV	6
Yakıt	144.76
Diğer	13.9
Toplam	301.64

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.7

3.2.1.7. Yerleşim ve Bina Giderleri Tablosu

Tablo 3-7’yi oluşturan giderlerin başında tamir ve bakım giderleri, Gerontolojik Evin güvenlik giderleri, acil durum giderleridir. Yatak başına 101.64 \$ olup 150 yataklı kurum için 15.208 \$’dır.

Tablo 3-7: Yerleşim Giderleri Tablosu

Bina Giderleri	Tutar
Tamir ve Bakım Giderleri	10.66
Zemin Giderleri	6.06
Kar temizleme	0.36
Alarm	1.17
Haşere kontrol	1.38
Diğer	82.01
Toplam	101.64

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.7

3.2.1.8. Diğer Giderler

Mesleki sorumluluk sigortası ve yatak vergisi diğer giderler kolunu oluşturmaktadır. Yatak vergisi, yatan hasta başına alınan vergi iken mesleki sorumluluk sigortası ise sözleşme zaman dilimi içinde ortaya çıkan ve bir olay sonucu meydana gelen, sorumluluk yükümlülükleri uyarınca tazmini protokol zamanı içerisinde ya da takiben talep edilen tahribatlara karşı ya da protokol imzalanmadan önce veya protokol yürürlükteyken ortaya çıkan olay dolayısıyla, sadece protokol zamanı içinde sigortalıya karşı ileri sürülebilecek taleplere karşı protokolda belirtilen meblağya kadar talep etmeyle ilişkin makul masrafları da kapsayacak şekilde garanti verilir (Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları 2013 pp.1). Tablo 3-8’de 130 yataklı kurum için bu giderlerin toplamı 477.68 \$ iken 150 yataklı kısa dönem bakımı içeren evlerde ise bu giderlerin toplamı 66.887 \$’ olduğu gösterilmiştir.

Tablo 3-8: Diğer Giderler Tablosu

Diğer Giderler	Tutar
Mesleki sorumluluk sigortası	4,766
Yatak Vergisi	62,121
Toplam	66,887

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.2

3.2.1.9. Gelir Tablosu

Uzun süreli yaşlı bakımı için ayrılan 13 evin gelirinin ana temada yaşlı bireylerin sigortalarından sağlandığı gözlemlenmiş olup Tablo 3-9’da detaylı olarak incelenmiştir. Özel sigorta, Medicare ve Medicaid (kamu sigortası) ödemeleri gelir tablosunun ilk kalemini oluşturmaktadır. 130 kişilik yaşlı bakım kurumunda 30 yaşlı birey özel sigortacılıktan yararlanırken 100 yaşlı birey ise Medicaid’den yararlanmıştır. Özel sigortacılık ve kamu sigortacılığında faydalanan 130 yaşlı bireyin konakladığı bu Gerontolojik Ev’de günlük kazancın 208.92 \$ olduğu belirtilmiş olup ilk ayda doluluk oranının da %95 olduğu tespit edilmiştir. Kısa süreli yaşlı bakım için ise günlük kazancın 372.11 \$ olduğu gözlemlenmiş olup en uzun konaklayan yaşlı birey ise 23 gün

olarak belirtilmiştir. Kısa süreli bakım da 5 yaşlı birey Medicaid programından faydalanırken 15 yaşlı birey ise Medicare programından faydalanmıştır. Yan hizmet olan yatak vergisi, Medicare B ve bunun gibi hizmetlerin geliri ise aylık 165.832 \$ olarak muhasebe tablosuna aktarılmıştır ve yıllık enflasyon etkisi gelir ve gider için %3 olarak alınmıştır.

Tablo 3-9: Gelir Tablosu

Hasılat-Kısa Dönem	%	Günlük
Medicaid	25%	168.42
Medicare	75%	440
Toplam	100%	372.11

Hizmet Türü	Hasılat
Yatak vergisi geliri	116,666
Medicare Kısım B	49,166
Toplam	165,832

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.2

3.2.1.10. Satışların Maliyet Tablosu

Tablo 3-10'nu oluşturulurken ilk ele alınan kalem personel ücretleri olmuştur. Evde çalışan Shahbaz ve hemşireler için 8 saatlik üçlü vardiyalar ayarlanmış olup toplam taban ücret hem uzun süreli bakım hem kısa süreli bakım için 56.16 \$ olarak hesaplanmıştır. Gerontolojik Evde tam zamanlı ya da yarı zamanlı olarak çalışacak diğer personel (yönetim kadrosu, temizlik görevlileri, fizik tedavi uzmanı, vb.) içinse aylık maliyeti toplamda 771.375 \$'dır.

Tablo 3-10: Satışların Maliyeti Tablosu

Baş hemşire	23.53	2.80	Y	3.12	Y	14,193
Hemşire	20.12	1.88	Y	2.09	Y	8,239
Koordinatör	28.07	2.00		2.00		9,731
Sosyal çalışan	22.56	2.30		2.30		8,994
Fizik tedavi uzmanı	32.26	1.00	N	1.00	Y	5,856
Ergoterapist	28.03	1.00	N	1.00	Y	4,915
Konuşma terapisti	34.23	1.00	N	1.00	Y	6,002
Diğer	20.46	2.00		2.00		7,093
Diğer	14.33	1.00	Y	1.12		2,782
Diğer	27.45	1.00		1.00		4,758
Diğer	40.47	1.00		1.00		7,015
Diğer	40.47	1.00		1.00		7,015
Diğer	24.00	2.00		2.00		8,320
Aktivite direktörü	\$ 28.12	1.00		1.00		4,874
Aktivite direktörü asistanı	16.00	1.00		1.00		2,773
Diğer				-		-
Diğer				-		-
Tabii kayıtlar personeli	\$ 19.46	1.00		1.00		3,373
Diğer	15.14			-		-
Diğer	16.13	1.00		1.00		2,796
Diğer	11.48	1.00		1.00		1,990
Diğer				-		-
Diğer				-		-
Toplam		209.63		229.93		\$ 771,375

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.2-2

Yapılması planlanan bu ev için tahmini inşaat maliyeti 15 ev için toplam 18.807.750 \$ olduğu ve yaklaşık toplam proje maliyeti 28.752.080 \$ olduğu Tablo 3-11'de gösterilmiştir. Proje maliyetinin başlıcaları; inşaat ve arsa maliyeti, araştırma maliyeti ve danışmanlık giderlerinden oluşmaktadır.

Tablo 3-11: İnşaat Maliyeti ve Proje Maliyeti Tablosu

Toplam Gerontolojik Ev Sayısı	15
Kişi Başına Düşen Yaşam Alanı Metrekare Maliyeti	6.500
Garaj Maliyeti	330
Veranda Maliyeti	430
Toplam Proje Yaşam Alanı Maliyeti	97.500
Yönetim Binası Maliyeti	6.710
Yönetim Binası ve Yaşam Alanı Toplam Maliyet	104.210
Bina İnşaat Maliyeti	180
Garaj İnşaat Maliyeti	81
Verande İnşaat Maliyeti	54
TOPLAM İNŞAAT MALİYETİ	18.807.750

Kira kontratı	10.853.449
Şantiye Maliyeti	1.300.000
Mobilya, Demirbaş ve Ekipman	1.275.000
Geliştirici Ücreti ve Genel Giderler	1.100.000
Arazi	1.000.000
Yasal Giderler	1.000.000
Açılış Eğitim Maliyetleri	891.830
Mimari Giderleri	600.000
Kredi Faizi	595.000
Vergi	400.000
Mühendislik Giderleri	150.000
Çevre Düzenlemeleri	125.000
İzin Verme Ücretleri	93.750
Sigorta	67.500
Değerleme Giderleri	56.250
Başlık ve Kayıt Ücretleri	18.750
Diğer	9.225.551
Toplam	28.752.080

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.1&2-2

Tablo 3-12’da verilen giderleri detaylandırarak olunursa, personel giderlerini oluşturan kalemlerin başında brüt ücretler, kıdem tazminatları bulunmaktadır, bunların dışında oluşan başlıca giderler ise ofis giderleri, akaryakıt giderleri, tamir ve bakım giderleri, teknoloji giderleri, taşıt giderleri, haberleşme giderleri, temizlik giderleri amortisman giderleri, sigorta giderleri, hukuk ve vergi giderleri olup toplamda bu giderler için öngörülen aylık ücret 1.095.353 \$’dır.

Tablo 3-12: Personel Giderleri Tablosu

Personel Giderleri	Aylık
İdari ve Genel	87.511
Bina ve Zemin	21.341
Diyetisyen	11.613
Ev idaresi	18.305
Çamaşır	-
Yerleşik Hizmetler	616.798
Aktivite	7.647
Diğer personel	8.159
Toplam Maaş ve Ücret	771.375
Fayda Ödemeleri	323.978
Aylık Toplam Personel Maliyetleri	1.095.353

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.3

Tablo 3-13 personel giderlerini aylık bazda detaylandırılmış hali olup bunların başlıcaları; yönetici, yönetici asistanı, büro yetkilisi, insan kaynakları personeli, başhemşire, hemşire ve bilgi işlem personelinden oluşup, aylık maliyetleri ortalama 87.511 \$'dır. Bu rakamın içinde temizlik giderlerinin payı 18.305 \$ iken diyet menülerde ihtiyaç duyulan yiyeceklerin gideri ise 11.613 \$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3-13: İdari ve Genel Personel Giderleri ve Temizlik Giderleri Tablosu

İdari ve Genel Personel Giderleri	Aylık
Yönetici	8.332
Müdür ve Müdür Yardımcıları	36.998
Ofis Görevlileri	7.835
İnsan Kaynakları pers.	3.973
Direktör Hemşire	6.681
Dierktör Asistanı	5.803
Hasta Kabul	3.132
Bilgi İşlem	3.929
Diğer	10.828
Toplam	87.511

Temizlik Giderleri	Aylık
---------------------------	--------------

Yönetim	3.888
Diğer	14.417
Toplam	18.305

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.2

Gerontolojik Evin ana faaliyet konusu Tablo 3-14'te göz önüne alındığında bunların başında Shahbaz'lar gelmektedir, yapılması planlanan bu evde bütçe ve giderler göz önüne alındığında Shahbaz için ödenen ücret ve tanımlanan iş planını yerine getirebilmesi için gerekli olan tüm medikal ekipmanların maliyeti toplamda 616.798 \$'dır.

Tablo 3-14: Gerontolojik Ev'de Çalışana Medikal Personel Maliyet Tablosu

Departman Ekipmanları	Tutar
Uzun Dönem Bakım Evleri - Shahbaz	314,855
Uzun Dönem Bakım Evleri - Başhemşire	139,988
Kısa Dönem / Rehabilitasyon Evleri - Shahbaz	48,254
Uzun Süreli Bakım Evleri - Hemşire	18,990
KISA SÜRELİ / REHABİLİ EVLERİ - Başhemşire	14,193
Koordinatör	9,731
Sosyal Hizmet Kadrosu	8,994
Kısa Dönem / Rehabilitasyon Evleri - Hemşire	8,239
Eğitimci / Dir. Personel	7,093
Konuşma Terapisti (ler)	6,002
Fiziksel Terapist	5,656
Mesleki Terapistler (ler)	4,915
Sosyal Hizmet Müdürü	4,758
Ulaştırma Yardımı	2,782
Diğer	22,348
Toplam	616.798

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model,

s.3

Tablo 3-15'te ilgili evde yönetici kadrosunda ihtiyaç duyulan ofis ekipmanları telefon, yazıcı ve fotokopi makinesi, ofis mobilyaları, bilgisayar gibi demirbaşlardan oluşup bunlar için ayrılan bütçe 33.633 \$ olarak belirlenmiştir ve diğer tüm giderlerinin detayı verilmiştir.

Tablo 3-15: Gerontolojik Ev’de İhtiyaç Duyulan Ofis Ekipmanları Tablosu

Yönetim	
Telefon	1.641
Çağrı cihazları	707
Lisans veya İzin	3.333
Denetim	542
Muhasebe	1.241
Ofis Malzemeleri	3.909
Bilgisayar / Teknoloji	12.713
Seyahat	1.374
Temel Eğitim	234
Diğer Eğitim Hizmetleri	638
Reklamcılık	813
Baskı / Çoğaltma	1.265
Üyelik Aidat	3.558
Diğer Aidat / Üyelikler	845
Posta / Teslimat	507
Diğer	313
Toplam	33.633

Kaynak: <http://cheshirecountynh.us> (et: 11.02.2018), Green House Financial Feasibility Model, s.4

Sonuç olarak, Amerika Birleşik Devletleri’nde geleneksel huzurevi modelinden Gerontolojik Ev modeline geçiş konseptinin projesi yapılan Gerontolojik Evin detayları verilen tüm gider ve gelirlerinden sonra toplam gider rakamı 16.568.734 \$ iken aylık tahmini operasyonel geliri 4.442.875 \$ olarak hesaplanmış olup Türkiye’de inşa edilmesi öngörülen ev için kaynak olarak bu veriler göz önünde bulundurulmuştur.

3.3. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması ve Örnek Mimari Projesi

3.3.1. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Fizibilite Çalışması

Bu bölümde yapılması öngörülen Gerontolojik Evin fizibilite çalışmasının detayları ele alınmıştır. Yapılacak olan Gerontolojik Evin arsa ve bina maliyeti 459.083 \$ olarak hesaplanmış ve faydalı ömrü 25 yıl olarak belirlenmiştir. Kullanılan alan toplam da 1100 m² olup modifikasyon maliyeti ise 76.989 \$ olarak hesaplanmıştır. Kullanılan malzeme ve hasta sayısı dikkate alınarak yapılan modifikasyonun faydalı

ömrü ise 5 yıl olarak belirtilmiştir. Modifikasyon maliyetine ek olarak yapılan dekorasyon çalışmaları ise 36.727 \$ olup, kullanılabilir ömrü 3 yıl olarak tespit edilmiştir. Toplamda 23 personelin çalışması planlanan Gerontolojik Ev’de kullanılacak olan ofis ekipmanlarının toplam tutarı 22.235 \$, medikal ekipmanların toplam tutarı 35.751 \$ ve araç maliyetlerinin toplam tutarı ise 25.346 \$ olarak hesaplanmış ve faydaları ömürleri sırası ile 3 yıl, 5 yıl ve 5 yıl olarak göz önüne alınmıştır.

Gerontolojik Ev’de olması planlanan ekipmanların maliyetleri aktif halde işletilen huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri göz önüne alınarak hesaplanmıştır. Tesis, makina ve cihazları oluşturan maliyetinin hesaplanmasında kullanılan ekipmanlar; asansör sistemi, jeneratör, yönlendirme tabelaları, uydu sistemi, havalandırma sistemi, yangın söndürme ekipmanı, aspiratör, klima sistemi, banyo dolapları, ocak, klima, mutfak tezgahı, parmak izi cihazı, güvenlik kameraları, yalıtım malzemesi, televizyon, şömine, kasa, telefon sistemi, mobilyalar, bilgisayarlar ve yazıcılar, cep telefonları, çöp kovaları, gaz ve alarm monitörü ve bunun gibi evin temel ihtiyaçlarını oluşturan kalemler ele alınmıştır. Medikal ekipmanların maliyetini oluşturan malzemeler ise; hasta yatakları, hasta karyolası ve sedyesi, tansiyon ölçer, hemşire çağrı cihazı, hasta bakım malzemeleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon malzemeleri, tıbbi malzeme dolabı ve bunun gibi hizmete yönelik kalemlerden oluşmaktadır. Yapılması planlanan evde personelin ve hastaların hizmetine sunulacak araçlar; oluşturanlar ise 1 adet tam donanımlı ambulans ve 2 adet binek otomobildir.

Yapılması öngörülen Gerontolojik Ev’de bulunan sabit kıymetlere ayrılan yıllara yaygın amortismanlar sırasıyla; bina için 18.363 \$, modifikasyon için 15.398 \$, dekorasyon için 12.242 \$, ofis ekipmanları için 7.412 \$, medikal ekipmanlar için 7.150 \$ ve araçlar için 5.069 \$ olarak hesaplanmıştır.

Optimum hizmetin sağlanabilmesi için planlanan personel 23 çalışandan oluşacaktır. Bu 23 kişilik ekibi oluşturan personeller ise sırasıyla; müdür, müdür yardımcısı, muhasebe ve insan kaynakları müdürü, muhasebe personeli, bilgi işlem personeli, aşçı, kuaför, sosyal çalışmacı, satın alma ve depo personeli, santral görevlisi, temizlik personeli, güvenlik ve şoförden oluşmaktadır. Medikal departmanda ise diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, pratisyen hekim, ev görevlisi (Shahbaz), baş hemşire ve hemşireden oluşmaktadır.

Tablo 3-16’de göz önüne alındığında, medikal personelin aylık toplam maaş tutarı 4.511 \$ olarak hesaplanmış olup diğer personellerin aylık toplam maaş tutarı ise 5.049 \$ olarak hesaplanmıştır. 23 kişinin tam ve yarı zamanlı olarak çalışacağı Gerontolojik Ev’de 8.556 \$ çalışanlara ayrılacak bütçe olarak kaleme alınmıştır.

Tablo 3-16: Aylık Personel Ücretlendirme Tablosu

(USD)

Pozisyon	Tam Zamanlı / Yarı Zamanlı	Sayı	Aylık Maaş (Tüm Ücretler Dahil Edilmiştir)	Toplam Aylık Maaş (Tüm Ücretler Dahil Edilmiştir)
Medikal Personel				
Baş Hemşire	Tam Zamanlı	1	451	451
Hemşire	Tam Zamanlı	2	334	668
Pratisyen Hekim	Tam Zamanlı	1	751	751
Fizyoterapist	Yarı Zamanlı	1	501	501
Diyetisyen	Yarı Zamanlı	1	534	534
Psikolog	Yarı Zamanlı	1	334	334
Ev Görevlisi	Tam Zamanlı	1	268	268
Toplam		8	3.172	3.507
Diğer Personel				
Müdür	Tam Zamanlı	1	918	918
Müdür Yardımcısı	Yarı Zamanlı	1	268	268
Muhasebe Müdür ve İnsan Kaynakları Müdür	Tam Zamanlı	1	451	451
Muhasebe Personeli	Tam Zamanlı	1	334	334
Bilgi İşlem Personeli	Tam Zamanlı	1	334	334
Aşçı	Tam Zamanlı	1	268	268
Kuaför	Tam Zamanlı	1	268	268
Sosyal Çalışmacı	Tam Zamanlı	1	334	334
Satın Alma ve Depo Personeli	Tam Zamanlı	1	268	268
Santral Görevlisi	Tam Zamanlı	1	268	268
Temizlik Personeli	Tam Zamanlı	2	268	535
Güvenlik	Tam Zamanlı	2	268	535
Şoför	Tam Zamanlı	1	268	268
Toplam		15	4.511	5.049
Genel Toplam		23		8.556

Aylık olarak gerçekleşmesi beklenen sabit ve değişken giderler ise elektrik giderleri, sosyal alan gideri, güvenlik hizmetleri gideri, doğalgaz gideri, kırtasiye gideri, su giderleri, bakım ve onarım giderleri, taşıt giderleri, yemek ve ikram giderleri, iş güvenliği danışmanlık giderleri, mali müşavir giderleri, internet giderleri, bilgi işlem giderleri, personel giyim, teknik malzeme, sigorta ve diğer giderler olarak oluşmaktadır. Bunlara ek olarak, Tablo 3-17’de detaylı olarak aylık giderlerin fiyatları gösterilmiştir. Hasta başına günlük maliyet ise 69 \$ olup, toplam da 690 \$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3-17: Sabit Giderler ve Hasta Başına Günlük Maliyet Tablosu

(USD)

	Aylık Giderler
SİGORTA	1.678
MUTFAK GİDERLERİ	1.480
ELEKTRİK GİDERİ	1.452
DİĞER	1.335
DOĞALGAZ GİDERLERİ	1.076
SU GİDERLERİ	840
GÜVENLİK HİZMETLERİ	738
BAKIM-ONARIM	679
TAŞIT GİDERLERİ	538
YEMEK VE İKRAM GİDERLERİ	528
KIRTASIYE GİDERLERİ	478
İŞ GÜVENLİĞİ DANIŞMANLIK	473
MUHASEBE VE MALİ MÜŞ.GİDERLERİ	448
BİLGİ İŞLEM	384
TEKNİK MALZEME	55
PERSONEL GİYİM	86
İNTERNET GİDERLERİ	67
Toplam	12.335

(USD)

	Hasta Başına Günlük Maliyet	Hasta Sayısı	Toplam
Tıbbi Malzemeler	69	10	687

Gerontolojik Evin gelir kaynağı hizmete dayalı olup ilgili ev gelirini yaşlı bireylere sağladığı hizmetten sağlayacaktır. Bu hizmetler ve evde konaklayacak yaşlı bireylerin sayısı dikkate alındığında konaklayacak yaşlı birey başına olan geliri 802 \$ olup tam kapasiteli çalışıldığı takdirde günlük net hasılat 5.614 \$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3-18: Gerontolojik Ev Gelir Tablosu

(USD)

GÜNLÜK KONAQLAMA KAPASİTESİ	KONUK BAŞINA GELİR	KONUK BAŞINA DEĞİŞKEN MALİYET	TOPLAM GELİR
10	802	241	5.614

3.3.2. Türkiye'ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev'in Nakit Akışı

EK 2' de yer alan nakit akışını gösteren betimleyen tabloda, ilgili döneme ilişkin nakit akış şeması; yatırım, finansman ve işletme faaliyetleri baz alınacak bir biçimde sınıflandırılarak raporlandırılmıştır. Kullanılan bu gerontolojik evin işletme

faaliyetlerinden kaynaklanan nakit akışları ise esas faaliyetlerinden ortaya çıkan nakit akışlarını göstermektedir. Yatırım faaliyetleriyle ilgili nakit akışları, yatırım faaliyetlerinde kullandığı ve elde ettiği nakit akışlarını göstermektedir. Finansman faaliyetlerine ilişkin nakit akışları ise finansman faaliyetlerinde kullandığı kaynakları ve bu kaynakların geri ödemelerini gösterir, nakit ve nakit benzeri değerler, nakit ve banka mevduatı ile tutarı belirli nakde kolayca çevrilebilen yüksek likiditeye sahip, vadesi 3 ay veya daha kısa olan yatırımları içermektedir. Tüm bu maliyetler, faaliyet ve gelirler dikkate alınarak yalnızca yatırımı oluşturan değerler dikkate alındığında oluşacak nakit akış tablosunda kullanılan kapasite oranı ilk yıl %30, takip eden sonraki yıllarda ise artarak devam edip evin faydalı ömrüne bağlı olarak son yıl kullanılan kapasite oranı ise %100 olarak alınmıştır.

İlgili tabloda faiz ve amortisman öncesi kar (FAVÖK) rakamına ulaşırken ilk yıl kullanılan %30 kapasite oranına istinaden net satış, sabit ve değişken maliyetler, personel giderleri ve diğer giderlerde kapasite oranı ile doğru orantılı olarak hesaplanmış olup, sonraki yıllarda yine ilgili kapasite oranına bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. İlgili Gerontolojik evin Türkiye’de yapılması planlandığından, yasal vergi oranı 2018 yılı dikkate alınarak %22 alınmış olup net kazanç tutarı bu oran üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3-19: Sabit Kıymet Amortisman Tablosu

(USD)

YIL	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ve Sonrası
Bina Maliyeti	459.083	18.363	18.363	18.363	18.363	367.267
Bina Modifikasyon Maliyeti	76.989	15.398	15.398	15.398	15.398	307.957
Dekorasyon Maliyeti	36.727	12.242	12.242	12.242	12.242	244.844
Ofis Malzemeleri	22.235	7.412	7.412	7.412	7.412	148.231
Tıbbi Malzemeler	35.751	7.150	7.150	7.150	7.150	143.004
Araçlar	25.346	5.069	5.069	5.069	5.069	101.384
Toplam	656.130	65.634	65.634	65.634	65.634	1.312.685

Nakit akış tablosunda yer alan sabit kıymet yatırımları ise cari dönem ve sonraki dönem yıpranma payı dikkate alınarak tabloya bu şekilde yansıtılmıştır. Detaylı sabit kıymet amortisman Tablo3-19’da verilmiş olup nakit akış tablosunun detayı EK 2’de ele alınmıştır.

Finansal fizibilite çalışması için oluşturulan nakit akış tablosu için NBD, iç verim oranı ve karlılık oranları hesaplanmıştır ve projenin uygunluğu irdelenmiştir. “Net Bugünkü Değer Yöntemi”de projeye yapılan para girişinin bugünkü değer ile yapılan para çıkışının farkının belirlenmesi ve bu farkında sıfırdan daha büyük olmasıyla projenin kabul edilebilirliği savunan bir çalışma olarak belirlen bir yöntemdir. Para akışının iskontolanmasında, yatırımdan alınan verim oranı, indirim oranı olarak da kabul edilmektedir. Net bugünkü değer yöntemiyle neredeyse aynı olan ve belirgin fark olarak projenin değerinin ölçümünde kullanabilecek diğer bir yöntem ise “İç Verim Yöntemi”dir. Yöntem; “Net Bugünkü Değer Yöntemi” ile “İç Verim Yöntemi” arasındaki belirgin fark ise iskontolanma şeklindedir. İç verim yönteminde projedeki para çıkışlarıyla para girişlerini birbirlerine eşitleyen indirim oranı olarak tanımlanmaktadır. İlgili tabloda kullanılan değerler sonucunda ulaşılan net bugünkü değer dikkate alındığında iç verim oranı %78 olarak hesaplanmış olup bu sonuçlara kümülatif nakit akışı ve son değer dahil edildiğinde geri ödeme vadesi 1,47 olarak tespit edilmiştir. Nakit akış tablosunda kullanılan oranlar ve değerlerin detaylı çalışmasına EK 2’de daha detaylı olarak ele alınmıştır.

3.3.3. Türkiye’ye Uyarlanması Öngörülen Gerontolojik Ev’in Mimari Tasarımı

Kalınkara (2010) “Her birey gibi, yaşlıların da rahat, uygun, güvenli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakları bulunmaktadır ve konutun, yakın çevrenin donanımı ve düzenlemesinin yaşlının sorunlarını çözecek veya minimuma indirecek biçimde ayarlanmış olması gerekir” şeklinde yaşlı bireyin birincil ve en önemli olan yaşama haklarından bahsetmiştir (Kanlıkara 2010 pp.54). Yaşanan yer ve bu çevrenin yerin sınırlamalarına uygunluğu yaşam standardını ilgilendiren en önemli etkenlerinden biridir. Tahmin edildiği gibi yaşlı bireyler aynı mesken ve bölgede uzun yıllar yaşamlarını sürdürebilmekte ve yaşadıkları evlerin içinde daha fazla zaman geçirmektedirler (Kanlıkara 2010 pp.55). Bundan dolayı, hareketli hayatın giderek azalması, bedensel faaliyetlerinin zayıflaması istinaden ev ve yaşama standartlarının geliştirilmesine yönelik talep artışı görülmektedir (Kanlıkara 2010 pp.58). Bu talep doğrultusunda ortaya yaşlı bireylerin hem fizyolojik rahatlığına uygun hem de onları manevi yönden tatmin edecek ve kendilerini hasta bir birey olarak hissetmeyecekleri yeni yaşam yerleri tasarlanmaya yöneltecek projelere başlanmıştır.

Türkiye’de yapılan bir çalışma da huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitesi incelendiğinde bu kaliteyi etkileyen ekonomik, yaş ve sağlık gibi faktörler olduğu tespit edilmiştir ama bunların en önemlisinin yaşadığı çevre ve ortam olduğuna değinilmiştir. Bu yüzden, huzurevlerinde konaklayan ve 65 yaş üzerindeki bireylerin yaşam standartlarını yükseltmek için öncelikle huzurevlerindeki konaklayan yaşlı bireylerinin odalarının dekorasyon aranjmanı ile fiziksel koşullarının güzelleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Arpacı 2010 pp.11). Tablo3-20’ de TR’de Denizli ilinde yer alan ve devlete bağlı olarak işletilen huzurevinde 63 yaşlıdan 35’i üzerinde yapılan bir anket çalışması sonucunda huzurevinde kalan yaşlıların neden huzurevlerini tercih ettiklerini yüzdesel olarak gösterilmektedir. Bu huzurevinde kalan yaşlılara nerede yaşamak istedikleri sorulduğunda %51’i yani 18 kişi imkanları olsa kendi evlerinde kalmak istediklerini belirtmiş, %26’sı yani 9 kişi ise yine huzurevlerinde kalmak istediğini belirtmiştir. Yeniden aynı gruba neden huzurevlerini tercih ettikleri soru sorulduğunda %63’ü yani 22 kişi mecburiyetten, %17’si yani 6 kişi kendi istekleriyle huzurevini tercih ettiklerini belirtmiştir. Gene aynı gruba yaşadıkları huzurevinde ne olsaydı daha rahat edecekleri sorulduğunda ise katılımcıların çoğunun huzurevinde yaşamaktan memnun olduğu fakat belli başlı isteklerinin olduğu göze çarpmıştır. Bunlardan en önemlisi ise odadaki kişi sayısının azaltılması üzerine olandır (Karaca 2010 pp57-69).

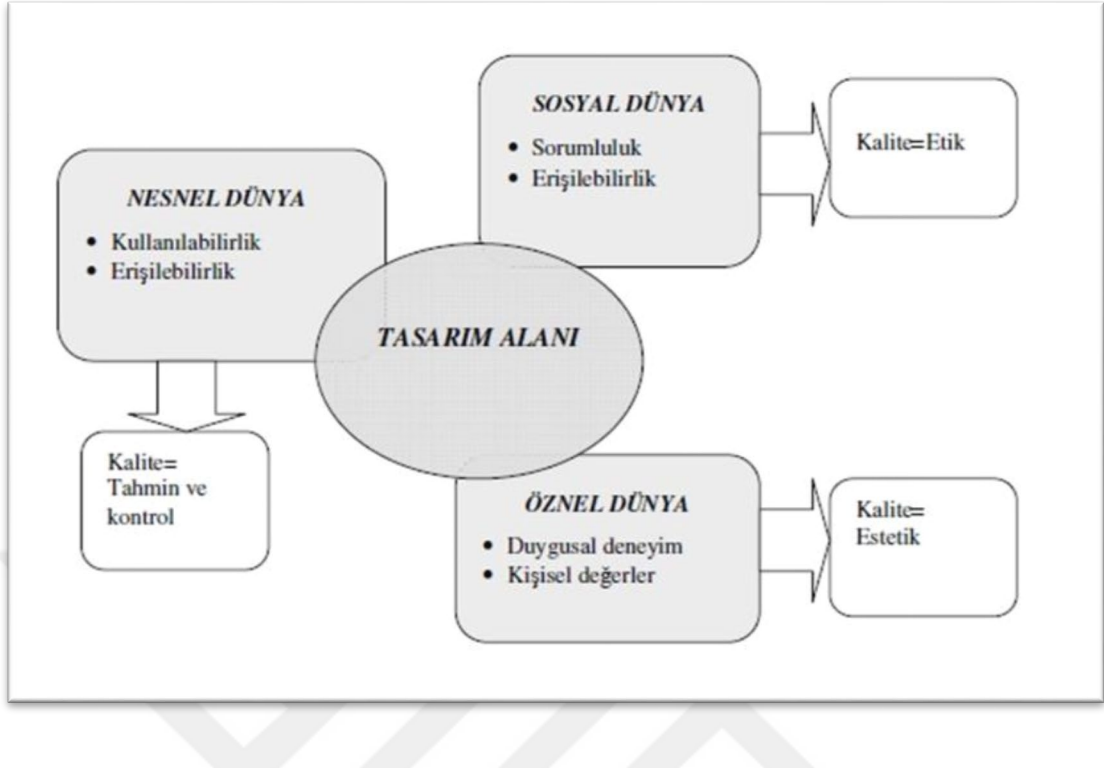
Tablo 3-20: Yaşlıların Nerelerde Yaşamak İsteddiği Tablosu

	GENEL Sayı %	KADIN Sayı %	ERKEK Sayı %
Başka Şansım Yok	2 6	1 7	1 05
Yine Burada	9 26	1 7	8 38
Çocukların Yanında	1 3	1 7	0 --
Memleketimde	2 6	0 --	2 10
Kendi Evimde	18 51	9 54	9 43
Cevap Yok	3 9	2 14	1 05
Toplam	35	14	21

Kaynak: Karaca, F. (2010). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hayata Bakış Açıları ve Gelecekle İlgili Beklentileri. Aile Toplum ve Eğitim Araştırma Dergisi,6, s.57

Yapılan bir başka araştırmada ise Ankara’da huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin incelendiğinde de varılan sonuçlardan en önemlisi yaşlı bireylerin yaşam standartları yükseltmek için yaşlı bireylerin odalarının dekorasyon düzenlenmesi ile fiziksel koşullarının güzelleştirilmesi gerektiği sonucuna varılmasıdır (Arpacı 2010 pp.11). Yapılan bu araştırmalar sonucunda huzurevlerinde yaşayan yaşlıların gelir düzeyine bakılmaksızın yaşlıların daha mutlu yaşamalarını sağlayacak, onların günlük hayatta daha da aktif olabilecekleri yeni tasarımların oluşturulması gerektiği kanısına varılmıştır. araştırmalar gösteriyor ki Türkiye’de de artık bütün Dünya’da olduğu gibi yaşlılar için yaşamı kolaylaştıracak ergonomik, güvenli, geniş ve sıhhi yeni tasarımlar yaşlıların hayatlarını rahat bir şekilde sürdürmeleri için tasarlanmaya başlanmıştır.

Yeni tasarlanan bu evlerde göze çarpan ilk değişiklik yaşamı kolay bir şekilde sürdürmesine yardımcı olacak araç ve gereçlerin tasarımıdır. Eskiden yaşlı bireyler için tasarlanan evlerde hedeflenen tek şey yaşlı bireyin sağlığını iyileştirmek iken yeni tasarım projelerinde yaşlı bireyin sağlık halinin iyileştirilmesinin yanında onlara güvenli, ergonomik ve sıhhi bir çevre içinde yaşamalarını sağlayacak projeler tasarlanmaya başlanmıştır. Ayrıca, yaşlı bireylerin yaşam ortamları onların işlevsel verimlilikleri göz önüne alınarak biçimlendirildiğinde, birine bağlı olmadan veya ufak bir yardımla gündelik yaşamlarıyla alakalı etkinlikleri gün yüzüne çıkartabilmeleri mümkün olabilmektedir (Kalınkara 2010 pp.56). Şekil 3-1’de görüldüğü üzere mimari olarak yeni tasarlanan evlerde üzerinde durulan üç önemli boyut vardır; nesnel, öznel ve sosyal ve bu boyuttaki ölçütlere dikkat edilerek yaşlılar için olan yeni yaşam alanları tasarlanmaya başlanmıştır. Bunlara ek olarak, bazı özellikler de mimari tasarımları etkilemektedir ve etkilenen bu mimari tasarım ise yaşlıların kalitesini olumlu bir şekilde arttırmaktadır.



Şekil 3-1: Tasarım Alanını Oluşturan Öğeler

Kaynak: Kalıncara, V. (2010). Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Çevresinin Ergonomik Tasarımı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, s.57

Kalıncara'ya (2010) göre, yaşlı bireyin özellikleri tasarım özelliklerini doğru orantılı olarak etkilemekte bu da tasarım alanlarının oluşumunu etkilemektedir. Bireyin özelliklerine ayrıntılı bir şekilde baktığımızda da 4 ana başlık görmekteyiz.

“• Psikolojik Faktörler: Finansal kaynakların tükenmesi, emeklilik sonrası iş hayatından uzaklaşma, yaşlılarda strese neden olan akrabaların ve tanıdıkların azalması / vefat etmesi sonucu kimsesizlik duygusunun artması” kapsar (Kalıncara 2010 pp.60).

“• Birincil Faktörler: Genetik ve doğal biyolojik faktörler, doğum kaynaklı hastalıkları, diyabet, kemik dayanıklılığını etkileyen rahatsızlıklar gibi ailesel ve kalıtsal hastalıklar vs.” kapsar.

“• Fizyolojik Faktörler: Yaşlıların metabolik sistemindeki yavaşlamalar, immünolojik sisteminin zayıflaması, hareketlilik ve denge ile ilgili henüz ortaya çıkmamış olan azalmalar vs.” kapsar.

“• İkincil Faktörler: İşitme fonksiyonunu, nefes alma eylemini ve duruş pozisyonunu etkileyen çalışma yerleri ve kirli çevrenin oluşturduğu bütün tesirleri” kapsar.

Bireysel olan bu özellikler ise tasarım özelliklerinin doğmasına neden olmuştur ve yaşlı bireye yönelik konut tasarlanırken değinilmesi gereken 6 önemli başlığı oluşturmuştur. Bunlar;

“• İşlenebilirlik: Mimari proje yaşlının kendi kendine çalışabilmesi ve herhangi bir yere çarpmayacak biçimde” tasarlanmalıdır.

“• Bulunabilirlik: Tüm yaşam ve yaşam alanının yakın çevresi genç, yaşlı, engelli ve farklı becerileri olan bireyler” için tasarlanmalıdır.

“• Kullanılabilirlik: Konstrüksiyon ve çevresi herkesin rahatlıkla kullanabileceği” şekilde tasarlanmalıdır.

“• Güvenlik: Konstrüksiyon ve çevresi yaşamı ve sıhhati tehdit eden unsurları en aza indirecek kadar sakıncasız” olmalıdır (Kalıncara 2010 pp.60).

“• Erişilebilirlik: Konstrüksiyon çevresinin şartları genç, yaşlı, mahzurlu ve değişik yetersizliklere uygun bireylerin erişebileceği şekilde” tasarlanmalıdır.

“• Oryantasyon: Konstrüksiyon çevresi yolun rahatlıkla bulunabileceği ve konuta pratik girilebilecek bir şekilde planlanmalıdır. Bir yapının en iyi irdelenmesi büyük bir felaket veya hadise ortaya çıktığında anlaşılır”

şeklinde sıralanmaktadır.

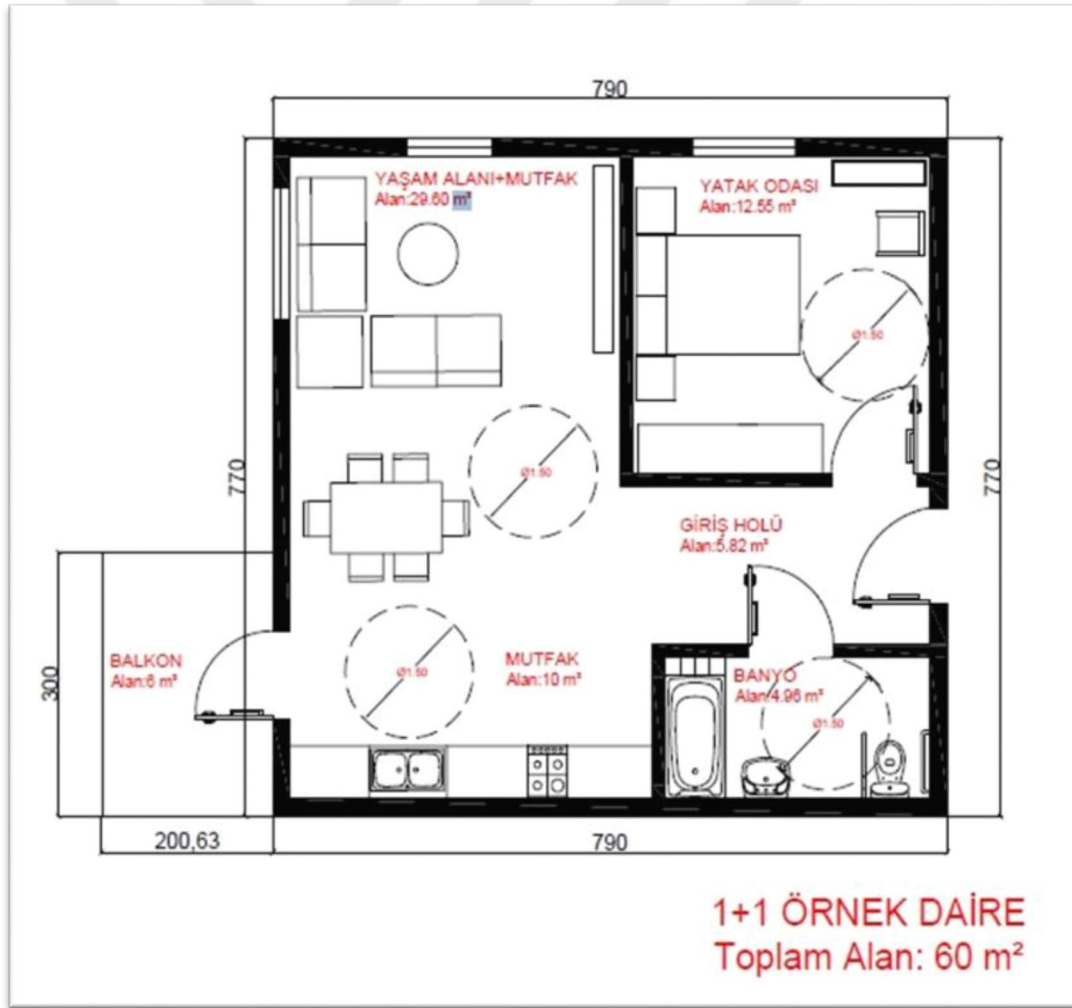
Bireyin özellikleri ve tasarım özellikleri akabinde tasarım alanlarının önemini doğurmuştur çünkü tasarım alanları yaşlı bireyi hem özgür hissettirmeli hem de günlük yaşamdaki aktiviteleri kolaylaştıracak şekilde olmalıdır ki yaşlı bireyin yaşam kalitesini ciddi oranda arttırsın ve yaşlı bireyin hoşnut bir birey olarak yaşamına devam etmesini sağlasın. Bu etkenler sayesinde mimari proje çizilirken yaşlı bireyin yaşayacağı tasarım alanlarında ehemmiyet gösterilen noktalar ise; giriş, rampalar (engelli sandalyeler için vs.), merdivenler, koridorlar, kapılar, akustik, tuvaletler, aydınlatma, güvenlik, sağlığa uygunluk, estetik, yapısal düzenlemeler ve diğer bölümler şeklindedir. Buradan varılacak sonuç ise yaşlı bireyin kaliteli bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için yaşadığı konutun ya da yaşadığı konumun önemi çok büyüktür. Bu sebeple yeni mimari projelerin tasarlanması ve hayata geçirilmesi uygun görülmüştür.

3.3.3.1. .Gerontolojik Ev Mimari Tasarım Örneği

Bütün ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de artık kurumlar yaşlılar için sadece barınma gereksinimini karşılamaktan çok aktiviteler ve hobi alanları sunan, yaşlı bireyin refahını ve rahatlığını önemseyen yapılar haline gelmişlerdir (Demirkan 2011 pp.43). Eskiden huzurevleri sadece yoksul, kimsesiz, hasta ve bakıma muhtaç yaşlıların gittiği bakımevleri olarak görüyorlardı fakat gelişen teknoloji, mimari tasarımlar ve bakımevlerine olan bakış açısının değişmesi ile bireylerin gözlerinde canlandığı hastalıklı ve mutsuz insanların bir arada yaşadığı evler ve kurumsal bakım hizmeti fikrini geride bırakmıştır. Önce yaşlı bakım evlerinin ortaya çıkması sonrasında ise Gerontolojik Evlerin yani Yeşil Evlerin ortaya çıkması hapishaneyi andıran koğuş şeklinde, iki kişiden fazla paylaşımlı odaların olduğu, ortak tuvaletlerin kullanıldığı, uzun koridorların olduğu mimari tasarımı çok geride bırakıp bireylerin yaşlandıklarında kendilerini mutlu, huzurlu, sağlıklı ve yaşama bağlı insanlar olarak hissedebilecekleri kaliteli konutlar olarak huzurevi anlayışının geride kaldığı gözlemlenmiştir ve tüm Dünya’da özellikle Amerika’da çok yaygın olan mekansal kalitenin de ön planda olan bu yapıların Türkiye genelinde de yaygınlaşması hedeflenmelidir (Demirkan 2011 pp.29). Ayrıca, düzenlenecek özel yaşama alanlarının, yaşlıların bağımsız yaşamalarını sağlayacak esneklikte ve her türlü beklentilere cevap verecek çeşitlilikte olması gerekmektedir (Gülpınar 2003 pp.231).

İnşaat Yüksek Mühendisi Dinçer TUNÇEL’in yardımları ile oluşturulan projede 10 adet 1+1 (60m²) daire bulunmakta olup merdiven kovası, giriş katı ve bodrum katı dahil olmak toplam 7 katlı bir bina olarak tasarlanmıştır. Gerontolojik evin inşası yapılacak arsa 600 m² olup, toplam inşaat alanı ise 1.100 m² olarak hesaplanmıştır. Öngörülen evin inşaat maliyeti birim fiyatı 417.348 \$ /m² olarak düşünülmüştür. Bundan dolayı, anahtar teslim inşaat fiyatı 417.348 \$ /m² x 1100 m² = 459.083 \$’dır. Öngörülen inşaat maliyetinin yaklaşık 1/3’nü kaba inşaat oluştururken 2/3’nü ince inşaat işleri oluşturmaktadır. Elde edilen inşaat maliyetine hafriyat, proje çizim ücreti, belediye ruhsat harçları ve bunun gibi masraflar da bu fiyata dahil edilmiştir. Hesaplanan toplam inşaat maliyetine göre bir daireye düşen maliyet 459.083 \$ / 10 Daire = 45.908 \$’dır. Dekorasyon maliyeti, ofis ekipmanlarının maliyeti ve bina maliyetinin de dahil edilerek daire başına düşen toplam maliyet ise 49.677 \$ olarak hesaplanmıştır.

Aydın & Aydın Mimarlık tarafından tasarlanan ve çizilen “Örnek Gerontolojik Ev” mimari planı Şekil 3-2’de ve Şekil 3-3’de ise dekorasyon planı verilmiştir. İstanbul için tasarlanan bu örnek projede görüldüğü üzere bir yaşlı bireyin rahatlıkla kalabileceği 1+1 (net kullanım alanı 60 m²) balkonu olan bir daire tasarlanmıştır ve tekerlekli sandalye kullanıma ihtimaline karşı da huzurevi yönetmeliğinde belirlenen kıstaslara göre dönüş mesafesi belirtilmiştir. Yaşam Alanı ve Mutfak toplamda 29.60 m² iken mutfak açık mutfak olarak tasarlanmış ve 10 m² olarak çizilmiştir. Eve girerken geniş ve rahat bir giriş holü ayarlanmış olup, kapı kollarına yaşlının destek alabileceği tutamaçlar yerleştirilmiştir. Yatak odası 12.55 m² olarak ayarlanıp banyo ise 4.96 m² olarak tasarlanmıştır. Yaşlı bireyin dışarıyla teması ise 6 m²’lik balkon ile sağlanmış olup temiz hava ve güneş ışığı ile D vitamini gibi sağlıklarını pozitif yönde etkileyecek seçeneklerden yararlanmaları sağlanmıştır.



Şekil 3-2: Örnek Gerontolojik Ev Mimari Planı



Şekil 3-3: Örnek Gerontolojik Ev Dekorasyon Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde Türkiye’de ve Dünyada yaşayan yaşlılar ve yaşlı yakınlarının geleneksel huzurevleri ile Gerontolojik Ev’lere olan bakış açılarına ve beklentilerine literatür taramaları kapsamında ele alınmıştır.

4.1. Amerika’da Yaşlı Bireylerin Ve Ailelerinin Gerontolojik Ev’lere Bakış Açısı Ve Beklentileri

Amerika’da 2008 yılında Gerontolojik Ev konseptinin bu evlerde yaşayan yaşlıların ailelerinin bakış açılarını teste edebilmek için bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda ise bu evlerde yaşayan yaşlıların bakımından geleneksel huzurevlerine oranla daha fazla memnun oldukları ve yaşlı bireylerin aileleri ile daha fazla etkileşim içinde olmalarına olanak sağlamıştır. Aile üyeleri yaşlı bakım evlerinin psiko-sosyal refahının sağlanmasını ve yaşlı bakım evlerinde yaşayan bireylerin bireysel refahlarının sağlanması açısından önemli rol oynayan bir etmendir. Aynı zamanda yaşlı bakım evlerinde yaşayan sakinlerin bu ev dışında var olan sosyal ilişkileri açısından da önemli rol oynamaktadır (Lum ve ark 2008 pp.35). Ayrıca, aile üyeleri bakım evleri ve destekli yaşam gibi grup yerleşim ortamları da dahil olmak üzere tüm ortamlarda uzun süreli bakım alan yaşlılara önemli bir duygusal destek kaynağıdır (Lum ve ark 2008 pp.35)

Yapılan bu yarı deneysel çalışmada üç farklı yaşlı bakım tesisi, bu tesislerin sunduğu ev ortamı ve bu evlerde yaşayan yaşlıların aile bireylerinin evlerde yaşlılar için sağlanan olanaklardan beklentileri karşılaştırılmıştır. Bu üç evden biri 120 yataklı geleneksel huzurevi, diğer ev 65 yataklı bir bakım evi iken üçüncü ev ise Gerontolojik Ev olan 10 yataklı her yaşlının kendi özel odasının olduğu yaşlı bakım evidir. Huzurevleri ve yaşlı bakım evlerinde kalan yaşlıların refahı ile ilgili yapılan bütün çalışmalarda görüldüğü üzere aile bireylerinin yaşlıların duygusal açıdan olan doyumluluğunun ana kaynağı olduğu saptanmıştır. Geleneksel huzurevinde yaşayan yaşlıların aile bireyleri ile ilgili yapılan literatür taramasında genel olarak varılan sonuç aile bireylerinin yapılan ziyaretleri iç karartıcı bulduklarıdır (Lum ve ark 2008 pp.50). Yeniden tasarlanan Gerontolojik Ev’ler de ise bu durum tamamen ortadan kaldırılmıştır çünkü bu evlerde yaşayan yaşlıların kendi özel alanlarının olması, ortak ve açık alanların olup bu ortamlarda kendi evlerindeki gibi bir rahatlık hissetmeleri bu sorunu

ortadan kaldırmayı başarmış olup aile bireylerinin mutluluğunu böylece de yaşlı bireyin mutluluğunu sağlamış olmaktadır.

Amerika'da 2012 Nisan ayında totalde 72,500 yetişkine yollanan ve 1,065 katılımcının internet üzerinden çevrimiçi bir şekilde tamamladığı ve yaşlı bireylerin bakımıyla ilgilenen bu bireylerin Gerontolojik Ev'ler hakkında görüşlerinin toplandığı bir ankette düzenlenmiştir. Ankette katılabilmek için 18 yaşından büyük olmak, yaşlı bir akrabasının veya arkadaşının bakımından sorumlu olmak ve yaşlılar için uzun süreli bakımda yaşlı bakım evlerinde yaşayabilmesi için karar vermiş olması ya da karar verecek olması gerekmektedir. Yapılan anketteki sonuçlara göre %97'sinin Gerontolojik Ev konseptine sıcak baktığı, %78'sinin bu kavram ile ilgilendiği, %60'nın bu evler için daha fazla ödeme yapmaya istekli ve %73'nün de normal huzurevlerine göre daha uzakta konumlanmasına rağmen daha uzağa gitmeye gönüllü olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (The Green House Project et:2018).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin bakımından sorumlu kişilere yöneltilen bir soruda kişilerin huzurevleri hakkındaki endişeleri de anlaşılmaya çalışılmıştır. Bunun sonucunda ise 5 ana madde ortaya çıkmıştır. Bunlar;

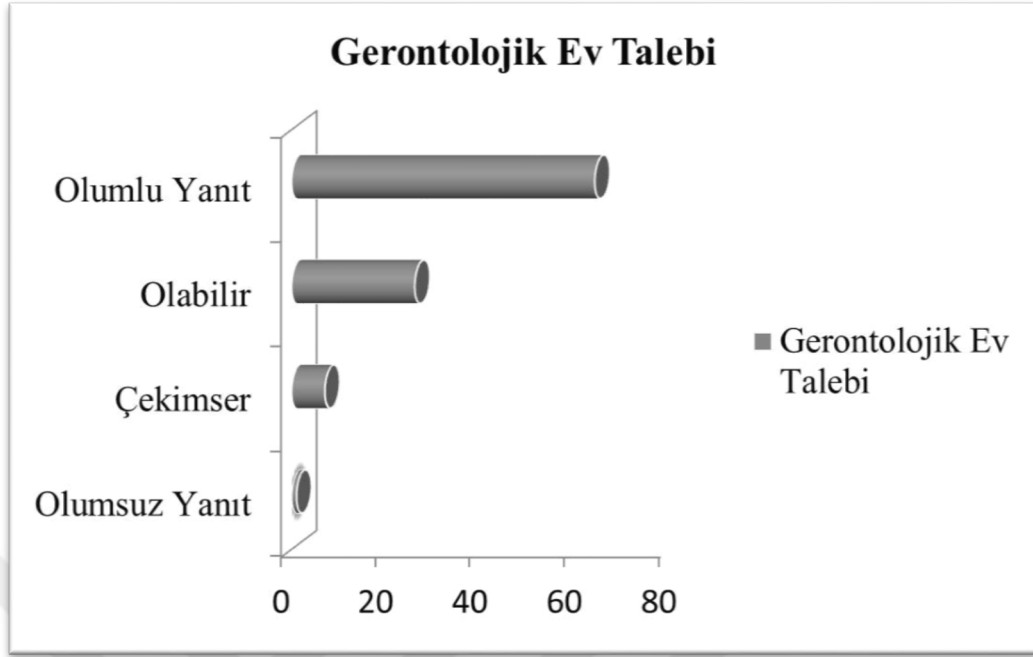
Bireysel ilgi eksikliği - %83 oranında

Diğer yaşlı bireylerden uzaklık ve yalnızlık duygusu - %82 oranında

Ev konforu sağlayan bir kurumsal ortamda yaşama - %82 oranında

Bağımsızlık duygusunun kaybolması - %80 oranında

olarak belirtilmiştir ve buna ek olarak listenin en aşağısında ise düşük maliyetlerden dolayı yeterli bakımın sağlanamayacağı endişesi yer almıştır. Katılımcılara yöneltilen bir başka soru ise yeni yapılanmış olan uzun süreli yaşlı bakımının geçmişe göre daha mı iyi yoksa daha mı kötü olduğu sorusu yöneltilmiştir. Tablo 4-1'de katılımcılar yeni oluşumun yani Gerontolojik Ev'lerin geleneksel huzurevlerine oranla çok daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bunlara ek olarak ise katılımcılara kendi yaşadıkları çevreye daha fazla Gerontolojik Ev tahsis edilmesini isteyip istedikleri soru yöneltilmiştir ve %64'ü bu soruya olumlu yanıt verirken %26'sı olabilir, %7'si çekimser ve %1'i de olumsuz yönde yanıt vermiştir.



Şekil 4-1: Gerontolojik Ev Talebi

Kaynak: “<http://blog.thegreenhouseproject.org/wp-content/uploads/2013/02/Consumer-Research-1-Pager.pdf>” (01.03.2018), What Informal Caregivers Think About The Green House Project, s.1

Bir başka ve anketin en önemli sorularından biri olan ise Gerontolojik Ev ve geleneksel huzurevleri arasındaki farklılıkların listelendiği ve yaşlı bakımı için seçim yaparken bireylerin nelere dikkat ettiğini bulmaya çalışan sorudur. Bu farklılıklar ve katılımcıların verdiği cevapları oranı ise şu şekildedir;

Evde yaşayan her yaşlının bireysel özel banyolu odasının olması - %80

Yaşlıların günlük programları tıbbi gereksinimleri ve kişisel tercihlerine göre belirlenmesi - %75

Bu evlerin yaşlılar için uzun vadeli bir yaşlı bakım hizmeti sunuyor olması - %75

Bu evlerin bir dış kuruluş tarafından sertifikalı olması ve bu sayede belirlenen standartların sürdürülebilir olması - %75

Evlerde çalışan personellerin 128 saatlik ek bir uzmanlık eğitimi alarak sertifikalı hemşire asistanları olması - 74%

Evlerde çalışan personellerin çok yönlü olması ve evde yaşayan yaşlılar ile yakın ilişki içerisinde olması -%74

Evde uygulanacak olan aktivitelerin yaşlıların ilgi alanları çerçevesinde olması ve bu aktivitelere aile bireylerinin de istediği zaman katılabilmesi - %74

Bu evlerin “gerçek ev” konsepti ile tasarlanması ve içinde ortak oturma alanı, açık mutfak, geniş bir yemek masası ve şömine tasarımları ile yaşlıların kendini ev ortamında hissetmesinin sağlanması - %73

Bu evlerin çevredeki diğer uzun süreli yaşlı bakım evlerine göre daha ucuz olması -%71

Tesisin kendi yaşadığınız yere yakın olması ve daha kolay bir ziyaret imkanı sağlaması - %71

Vardiya başına 6 ile 12 arası yaşlı birey için 1 ile 3 arası çalışan ve 1 hemşirenin ilgileniyor olması - %70

Konut sakinlerinin kendi bireysel mobilya ya da eşyalarını getirebilme imkanı - %70

Bu yeni evlerin uzun süreli yaşlı bakım ile ilgili yeni bir olanak sunması - %69

Fiyatların geleneksel huzurevlerindeki özel odalar ile karşılaştırılabilir olması - %69

Uzun süreli yaşlı bakımına ihtiyaç duyan yaşlıların tıbbi durumları ne olursa olsun bu evlerde yaşayabilir olması - %68

Evde konaklayan yaşlıların isterlerse öğünlerinde aileleri ile birlikte de yemek yiyebilme imkanının olması - %63

Evde hazırlanan tüm yemeklerin evin açık mutfağında personel tarafından hazırlanması ve yaşlı birey isterse kendisinin de yardım edebilmesi - % 61

Her evde sadece 6 ile 12 yaşlının konaklaması - %60

Total olarak 1,065 katılımcının katıldığı yüz yüze yapılan görüşmeler, hedef grup çalışması ve anketler sonucunda ortaya çıkan ise Gerontolojik Ev konseptinin sağladığı imkanların gelenek huzurevi konseptinden daha çok beğenildiği ve tercih edildiği yönünde belgelenmiştir. Yaşlı bakımı için tesis seçiminin de ise belli başlı etkenlerin olduğu göze çarpmış olup Gerontolojik Evlerin ise bunları sağladığı

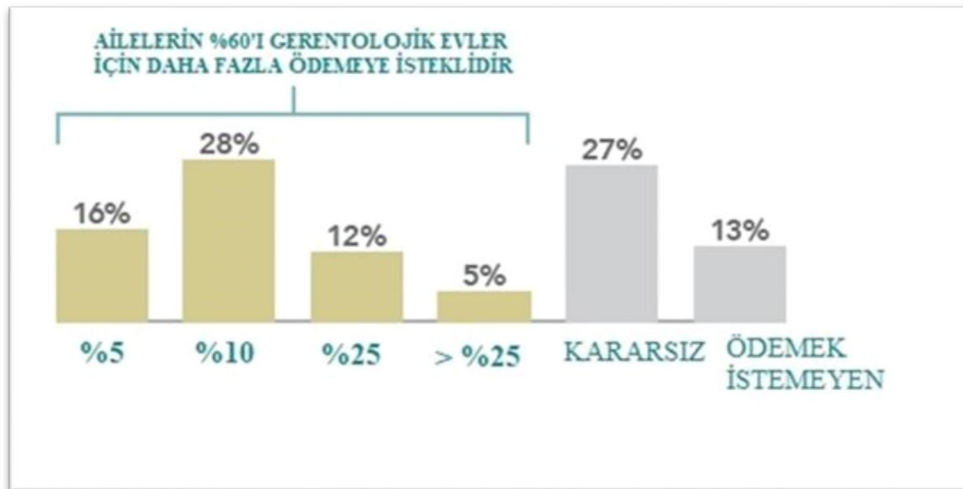
görülmüştür. Yaşlı bireylerin uzun süreli özel bakımında yeni konsepti tercih etmelerini sağlayan özellikler ise şu şekilde belirtilmiştir;

Çoğunluğun yeni konseptin yaşlı bireylerin refahı için iyi yönde bir uygulama olduğunu belirtmiştir.

Konfor, bağımsızlık ve iyi eğitilmiş bir personelin olması ve günlük rutinlerin yaşlıların bireysel ihtiyaçlarına göre olması.

Bu evlerde çalışan personelin temiz bir sicil kaydı sahip olması ve sertifikalı bir tesis olması.

Anketin sonucunda göze çarpan en önemli detay ise yukarıdaki özelliklerin yaşlı bireyin uzun süreli bakımında maliyet ve elverişlilikten daha önemli bir rol oynadığıdır (The Green House Project et:2018). Sonuç olarak bakıldığında ise Amerika’da ülke çapında yapılan bir başka ankette de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin uzun süreli bakımları için ailelerin daha fazla ödeme yapmayı ve sevdikleri için gerekirse şehir dışında olan evlere gitmeye istekli oldukları gözlenmiştir. Şekil 4-2’ de görüldüğü üzere %28’lik kesimin normal fiyatların %10 oranında bir farkı ödemeye istekli olduklarını göstermektedir. Bütün bir çerçevede bakıldığında ise görünen o ki yeni tasarlanan yaşlı bakım ile ilgili bu evlerin geleneksel huzurevlerinden daha olumlu yönde sonuçlar verdiği ve gerçek bir ev ortamı sayesinde ise yaşlıların özerklikleri sağlanmış olup yaşlı bireylere mümkün olan en iyi yaşam standartları sağlamayı hedeflemiştir (The Green House Project 2011 pp.1).



Şekil 4-2: Ailelerin Gerontolojik Ev'lere olan Bakış Açılarının Yüzdesele Gösterimi

Kaynak: The Green House Project (2010, April). Home For Success, s.1

4.2. Türkiye’de Yaşlıların Ve Ailelerin Huzurevlerine Bakış Açısı Ve Beklentileri

Teknolojinin insan yaşamına sunduğu kullanışlılık, tıp alanındaki gelişmeler, sağlığın muhafaza edilmesi ve sürdürülebilmesi konusunda intibah, öngörülen yaşam vadesini uzatmış böylece toplumdaki yaşlı popülasyonun artmasını sağlamıştır (Tel ve ark. 2011 pp.60). Değişim olgusu her ülke ve vatandaşları için mecburi bir kavramdır. Bu değişim her kültürün kendi içerisinde farklı zaman diliminde ve farklı ivmelikle gerçekleşir. Bu bağlamda endüstriyelleşme ve kentleşme oluşumu ile birlikte kadın vatandaşların iş hayatına katılması, aile yapısında geniş aileden çekirdek aileye doğru yaşanan geçiş, teknolojik gelişmeler ve özellikle sıhhat sektöründe gerçekleşen gelişmeler ile bireyin yaşamının uzaması gibi sosyal, ekonomik ve demografik alanda varolan içtimai değişimin aileler üzerinedeki katkıları ciddi bir ehemmiyet taşımaktadır (Artan ve Irmak 2017 pp.118). Son 30 senede yaşlı popülasyonu %63 oranında yükseliş göstermiştir. Tüm dünyada çoğalan yaşlı popülasyonu, sağlık sektöründe farklılaşan çıkmazları su yüzüne çıkarmaktadır. Yaşlı popülasyonu ile alakalı çıkmazlar hem gelişmesi tamamlanmış hem de gelişmesi tamamlanmakta olan ülkelerin ciddi bir kısır döngüsüdür. Türkiye gibi gelişmesi devam eden ülkelerde ise; yeterli sosyal güvenlik ve destek rejiminin olmayışı, geniş aile yapısının yerini çekirdek aile yapısına bırakması ile geleneksel aile desteğinin ortadan kalkması, yaşlı bireyin bakım gibi problemlerini de doğurmuştur (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.74). Yaş ilerledikçe bireyin günlük yaşam aktiviteleri azalmakta, birey başkalarına bağımlı hale geldiğinde günlük gereksinimleri aile, arkadaş veya komşular tarafından kısmen karşılanarak yaşlıya destek sağlanmaktadır (Tel ve ark 2011 pp.60). Bundan dolayı Türkiye’nin genelinde özellikle nüfusun yoğun olduğu kentlerinde son yıllarda “geleneksel geniş aile” modelinden “modern çekirdek aile” modeline doğru gerçekleşen farklılaşmanın etkisiyle yaşlı bireylere yönelik önemli sosyal bakım modelleri arasında yer alan huzurevlerine duyulan ihtiyaç son yıllarda giderek artış göstermeye başlamıştır (Artan ve Irmak 2017 pp.119). Artan talep doğrultusunda bakım evi modeli ve huzurevleri gibi çeşitli yaşlı bakım konseptleri çeşitlendirilmeye başlanmış ve yaşlı apartmanları, yaşlı bakım evleri, özel huzurevleri, yaşlı köyleri gibi çeşitli bakım yöntemleri geliştirilmiştir (Arslan ve ark. 2016 pp.180). Modernleşme kavramı ile teknolojik gelişmelerin yaşlı bireylerin statüleriyle ters orantılı olduğu saptanmış olup ülkeler geliştikçe ve modernliktikçe yaşlıların toplum içindeki mevkilerinin düştüğünü ve kendilerine gösterilen değer azaldığını ortaya çıkarmıştır (Artan ve Irmak 2017 pp.120). Toplum açısından

bakıldığında ise gerekli olan ilgiyi ve yeterli desteği görmeyen yaşlı bireyin yaşam kalitesinin düşmesine ve yaşam doyumu tatminsizliklerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu bağlamda yaşlı bireylerin yaşam doyumlarını sağlarken de sadece nasıl yaşlandıkları değil yaşlandıkları çevre ve o çevreye sağladıkları uyumda göz önüne alınmalıdır.

Türkiye’de 2000 senesinde gerçekleştirilen nüfus sayımında, 65 yaş ve üstü yaşlı sayısı ise 3.858.949 kişi olarak kayıtlara geçirilmiştir. Kayda geçirilen istatistiklere göre bakım evlerinin kapasitesinin yaşlı popülasyonun miktarına göre yetersiz olduğu görülmektedir (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.74). Yaşlı bakım evlerinin kapasitesinin yetersiz kalmasına ek olarak artan hızlı nüfus artışı bir başka sorun olan yaşlı istismarı ve ihmali konularını ortaya çıkarmıştır. İstismar kelimesinin literatürde ki tanımı “bireylerin vatandaşlık ve insan haklarının başka kişi ya da kişiler tarafından kötüye kullanılmasıdır” ve 7 farklı çeşidi bulunmaktadır (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.74). Bunlar; sözlü istismar, ekonomik istismar, ihmal, fiziksel istismar, psikolojik ve duygusal istismar, cinsel istismar ve kendi kendine ihmaldir. İstismar ve ihmal kavramı yaşlı bireylerin huzurevlerinde yaşamayı seçmelerinde göz önünde bulundurulması gereken nedenler arasında yaşam kalitesi ve yaşam doyumu açısından bakıldığında en önemlilerinden biri olarak yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Bu bilgilere ek olarak, yaş ilerledikçe bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığının arttığı, 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların bu yaşın altındaki yaşlılara göre daha bağımlı oldukları belirtilmektedir (Tel ve ark. 2011 pp.64). Artan yaşla birlikte kişilerin karşılaştıkları sağlık sorunlarının sayısı artmakta; hastalıklar ve emekli olma gibi nedenlerle yaşlı bireyin sosyal hayata katılımı ve kalitesi azalmaktadır (Tel ve ark. 2011 pp.64). Bu yüzden de yeni oluşturulan politikaların yaşlıların huzurevlerini ya da yaşlı bakım merkezlerini seçmeyi bir neden olarak değil gerçekten mutlu olmak ve hayatlarının geri kalan kısmını mutlu, huzurlu ve yalnız geçirmeyeceklerini bilerek tamamen kendi istekleri ile tercih etmeyi sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Türkiye’de İstanbul’da işletilen 7 huzurevinden 360 kişinin katıldığı bir araştırma yapılmıştır. Araştırmanın amacı ise yaşlı bireylerin huzurevini seçme nedenlerini etkileyen faktörlerin bulunmasıdır. 360 yaşlıdan oluşan bu araştırmaya katılan yaşlıların %55’ini 65 ile %80 arası yaş grubu, %45’ini ise 80 yaş ve üstü yaş grubu yaşlılar oluştururken, %60,3’ünü kadın bireyler oluşturmuştur. Yaşlı bireyler huzurevine yerleşmeden önce % 38,1’i yalnız yaşamakta, %18,3’ü evli olan

çocuklarıyla birlikte yaşamakta ve %2,2'si ise evli olmayan özçocuklarıyla birlikte yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.73). Huzurevinde konaklayan yaşlıların ekonomik gelir kaynaklarının %89,4'nü emekli maaşı, %2,77'sini özel sigorta, %0,8'ni miras ve %3'ü de çocukları ile sağladığı tespit edilmiştir. Şekil 4-3'te gösterilen yaşlı bireyleri huzurevi yasayışını seçmelerini direten nedenler incelendiğinde ise

Bireysel Tercih için olanların yüzdesi %25,3,

Çocukları Tarafından Bakılmadığı için olanları yüzdesi %23,

Yalnız Olduğu için olanların yüzdesi %16,4,

Çocuklarına Yük Olmak İstemediği için olanların yüzdesi, %15,6,

Yakınları Bakmadığı ve Gidecek Yeri Olmadığı için olanların yüzdesi %8,9,

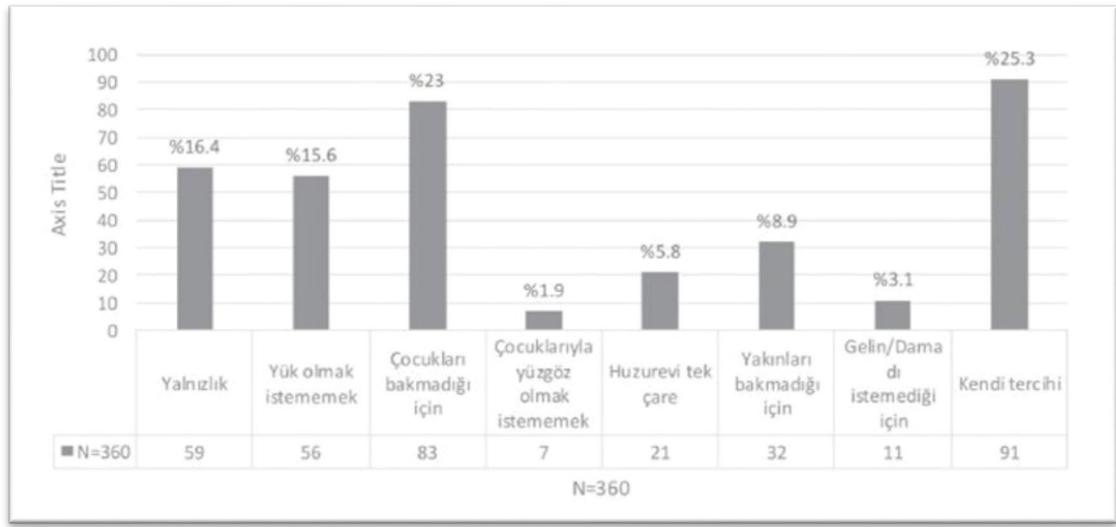
Huzurevi Tek Çaresi Olduğu için olanların yüzdesi %5,8,

Gelini/Damadı Yaşlıyı istemediği için olanların yüzdesi %3,1 ve

Çocuklarıyla Yüz Göz Olmak İstemediği için olanların yüzdesi %1,9

olup yukarıdaki belirtilen sebepler yüzünden huzurevine geldiklerini belirtmiştir.

Bunlara ek olarak 360 yaşlı bireyden %6,4'nün herhangi bir fiziksel istismarla ve %1,3'ünün cinsel istismarla karşılaşmış olduğunu da belirtilmiştir (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.80). Çalışmanın sonucunda ise huzurevini seçen yaşlıların eğitim düzeylerinin düşük olduğu, %66,9'nun kronik bir rahatsızlığı olduğu, huzurevlerinde kalan yaşlı bireylerin %88,7'sinin gelirinin olduğu ve yaşlıların maddi kaynaklarının sosyal güvenlik kuruluşları olduğu tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, %66,9'nun çocuk sahibi olmasına rağmen çocuklarıyla birlikte değil huzurevlerinde kaldıkları ve yaşlı bireylerin özçocukları tarafından ziyaret edilme sıklığı incelendiğinde %59,4'ü ayda bir veya daha az ziyaret yaşlısını ziyaret ettiği ve %40,5'i ise iki haftada bir yaşlısını ziyaret ettiği sonucu ortaya çıkmıştır. Toplanan veriler neticesinde, yaş almış bireylerin huzurevini tercih etmesinde aile yapısının ve sosyal destek modelinin etmen olduğu gözlemlenmiştir (Kılıç ve Şelimen 2017 pp.80).



Şekil 4-3: Yaşlıların Huzurevlerini Seçme Nedenleri

Kaynak: Kılıç, Ü., Şelimen, D. (2017). Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi, s.78

Sökmen'in 2008 yılında yaptığı bir başka çalışmada ise huzurevlerinde konaklayan yaşlıların aile bireyleri veya yakınları tarafından ziyaret edilme durumlarından memnun olup olmadıkları hakkında bilgi alınmaya yönelik olan bir çalışma olmuştur. Bu çalışmada huzurevi yaşlılarından ziyaretçisi gelenlerin oranı %88,3 iken, ziyaretçisi gelmeyenlerin oranı %11,6'dır. Bu bulgudan hareketle, huzurevi yaşlılarının ailesi, akrabaları, ahbablarının olduğunu huzurevi dışındaki sosyal çevresi ile iletişim ve etkileşim içinde olup huzurevi yaşamı öncesi sosyal çevresi ile bağlarını koparmadığını söylemek mümkün olmaktadır şeklinde yorumlamıştır (Sökmen 2008 pp.85). Bu çalışmada çıkan bir başka bulgu ise yaşlı bireyin çocuk ve torunların ziyaret oranı %50 iken, kardeş ve akrabalarının oranı ise %21,6 olarak ve arkadaş ya da aile dostlarından gelenleri oranı ise %8,3 olarak belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise yaşlı bireylerin yakınlarının düşünülün aksine yaşlısını görmek ağırlaşan iş gücüne rağmen için elinden geleni yaptığını göstermektedir. Bu çalışmada huzurevi sakinlerine ziyaretçilerinin ne sıklıkla kendilerini görmeye geldikleri sorusu yöneltmiştir ve sonuç olarak ise %3,3'nün özel günlerde, %1,6'sının haftada 2-3 kez, %28,3'nün her hafta, %25'nin 15 günde bir, %30'nun ayda bir ve %11,6'sının ise hiç ziyaretçisi gelmemektedir (Sökmen 2008 pp.86). İstatiksel olarak yapılan bu çalışmanın sonucunda

ise huzurevi sakinlerinin %85'i ziyaret durumlarında mutlu iken %15'i ise bu durumdan hoşnut değil olarak verilere geçirilmiştir.

Sökmen (2008) 'in gerçekleştirdiği bu çalışma da ise;

“Ziyaretçi durumundan memnun olan yaşlıların düşünceleri;

“Memnunum herkes çalışıyor, isterlerse gelsinler. Götürmek istiyorlar. Orada rahat edemiyorum. Onları rahatsız etmek istemiyorum.”

“Ziyaretçimin gelmemesinden memnunum. Ne yapayım istemiyorum. Kırgınım çocuklarıma.”

şeklindedir.”

Ziyaret durumundan memnun olan yaşlıların ifadelerinden de anlaşıldığı gibi yaşlıların memnuniyetini, başkalarının yanında rahat edememe, kendi ortamında ziyaret edilme isteği içinde olma, çocuklarına kırgın olmasından dolayı ziyaretçinin olmamasından memnun olma gibi boyutlarda yoğunlaştırdıkları anlaşılmaktadır (Sökmen 2008 pp.86).

“Ziyaretçi durumundan memnun olmayan yaşlılardan düşünceleri;

“Aslan kendisini kafeste görülmesini istemez.”

“Ne yapayım hiçbiri gelmiyor, hiç biri yaklaşmıyor”

“Akrabam yok, çocuğum yok”

“Hayatta memnun değilim para ödemededen ödemeye yanıma geliyorlar”

“Değilim. Aramda bir samimilik yok. Bir bayramda kendini gösterme ile olmaz. Bana pasta almasınlar halimi sorsunlar”

şeklindedir.”

Ziyaret durumundan memnun olmayan yaşlıların ifadelerinden de anlaşıldığı gibi yaşlıların duygularını kendisini huzurevinde kafeste gibi hissedip burada görülme isteğinde olmama, hiçbir ziyaretçisinin gelmemesinden yaklaşmamasından hoşnut olmama, kimsesiz olma, ziyaretçilerinin para ödemededen ödemeye gelmesinden dolayı memnun olmama, hatırlanmamaya ve kendilerine karşı özensizliğe kırgın olma gibi boyutlarda yoğunlaştıkları anlaşılmaktadır. Bu bulgudan hareketle huzurevi yaşlılarının ziyaretçilerinin ayda bir ziyaret gelmesinde memnun olmalarından, kendi yaşam

döngülerinde ziyaretçiler odaklı yaşamadıkları huzurevinde kendilerine ait bir yaşam kurduklarını ve bu hayatı sürdürdüklerini söylemek mümkün olmaktadır (Sökmen 2008 pp.86).

Görüldüğü üzere yapılan bu iki çalışmada da Türkiye’de yaşlıların huzurevlerini tercih etmelerinin altında ekonomik yetersizlikler, kimsesiz olan bireylerin kendilerine daha iyi bir şekilde bakılacağını bildiği için, istenmediğini düşündüğü için, eş ve dostları tarafından yeterli özen gösterilmediği için için, ihmal ve istismara uğradığı için, fiziksel, zihinsel veya kronik hastalıklar gibi nedenler ilk göze çarpanlardır. Yapılan bir başka araştırmada ise yaşlıların bakım hizmeti aldıkları kurumsal yapılarada yaşayabilme süresi 1 ay ile 252 ay arasında olduğu söylenmiştir (Öner 2014 pp.27). Bu bulgudan yola çıkarak huzurevlerine gelen yaşlı bireylerin ömürlerinin geri kalan kısmını bu bakım merkezlerinde geçirmeyi planladıkları görülmektedir. Yapılan çalışmaların ortaya koyduğu bir başka sonuç ise çoğunlukla yaşlı bireylerin huzurevlerine gelmeden önce yalnız yaşadığı tespit edilmiştir ve huzurevlerinin kendilerine sağladıkları imkan ve aktivitelerden ve yalnızlık duygusu çekmemekten memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Yaşlı bireylerin huzurevlerindeki yaşam doyumunu negatif yönde etkileyen faktör ise ziyaret sıklıkları ve yakınları tarafından olması gerektiğinden daha az ziyaret edilmeleridir. Bundan dolayı, yaşlı bireyler için ailenin ve aile ortamının yaşlı bireyin yaşam kalitesini etkileyene önemli faktörlerden biri olduğu için yeni tasarlanacak olan modelde huzurevinde kalan yaşlı bireyin mümkün olduğunda ailesi ve akrabaları ile görüşebileceği ortam ve olanak sağlanmalı ve iletişim için olmalarına yönelik programlar ortaya konmalıdır.

Sonuç olarak, devlet politikalarından da kişinin evinden ayrılmanın yaşattığı üzüntü, huzurevi bakımına uyum sağlamada yaşadığı güçlükler, sıkıntılar göz önünde tutularak kişilerin yaşadığı ortamda kalarak huzurevi hizmetinde yararlanan yemek, temizlik ve bakım hizmetlerinin yaşlılara verilmesi konusunda yapılan projelere ağırlık ve hız verilmesi ve uygulamaya koyulması gerekmektedir (Sökmen 2008 pp.97). Buna ek olarak, yapılandırılacak yeni kurumsal oluşumlarda ele alınması gereken en önemli oldu yaşlı bireylerin temel ihtiyaçlarının sağlanmasına ek olarak psikolojik açıdan da doyuma ulaşması sağlanmalıdır (Arslan ve ark. 2016 pp.184).

4.2.1. Türkiye’de Yaşlıların Ve Ailelerin Huzurevlerine Bakış Açısı Ve Beklentileri Hakkında Yapılan Çalışma Örneği

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere yaşlı bireylerin huzurevlerini tercih etmelerinin nedenleri arasında fiziksel fonksiyonların azalmasıyla kendi işin kendi yapmaya yeterli olamama da tercih sebepleri arasında kalsa da etkin olan sebep bakıma muhtaç olmalarıdır. Bu nedenle de kendi benzerleri arasında kalmayı tercih etmektedirler (Özyer 2016 pp.53). Geleneksel toplumda yaşlının bakım ihtiyacını eş veya aileden biri karşılamaktaydı. Huzur evleri ile birlikte birincil ilişki ağında olan ailenin işlevi ikincil bir kuruma aktarılmıştır. Aile işlevini tamamen kaybetmemiş yalnızca devretmiştir. Aile içinde bakımı güçleşen, yalnız kalmak istemeyen, çocuklarından bağımsız olmak isteyen veya yardıma gereksinim duyan yaşlı bireyler için huzurevi terimine ihtiyaç duyulmuş olup bu yeni kavram sayesinde yaşlı bireye huzurlu bir ev ortamı sunarak geriye kalan yaşamlarını bedensel ve ruhani sıhhatlerinin korunarak, sosyal ilişkilerinin geliştirilerek ve en önemlisi güven ve refah içinde bir ortam sunulması sağlanması gerektiği savunulmuştur (Özyer 2016 pp.54). İhtiyaç duyulan bu bakım sistemin tercih edilme nedenleri ya yeterli geçim kaynaklarının olmaması ya da yeterli geçim kaynağına sahip olsa bile tedavi, bakım, refakat ve tedavi imkanı bulamayan yaşlı bireylerin huzurevlerini tercih ettikleri gözlemlenmiştir.

Türkiye’de hem yaşlı bireylerin hem de yaşlı bireylerin yakınlarının huzurevlerini tercih etme nedenlerini araştırmak üzere 2017 yılında bir çalışma yapılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı olarak işletilen Zeytinburnu Semiha Şakir Huzurevi, Sultangazi Huzurevi ve Bahçelievler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde konaklayan 65 yaş ve üstü 100 yaşlı bireyin yakını ile birlikte yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak huzurevlerine bakış açılarının değerlendirilmesi üzerine bir yapılan bu çalışma ile ileriye dönük yeni geliştirilecek politikalara ışık tutması hedeflenmiştir.

Tablo 4-1’de 100 aile yakının sosyodemografik özellikleri belirtilmiştir. Çalışmanın %57’sini kadınlar oluştururken %43’ünü erkekler oluşturmuştur. Bir başka göze çarpan ise %74’ünün bir sosyal güvencesinin olduğu ve %26’sının sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan yaşlı yakınlarının maddi kazançları ele alındığında; yaşlı yakınlarının kazançlarının ortalaması 1.508,5TL olduğu tespit edilmiştir. İlaveten, hiç maddi kazancı olmayan 26 kişi tespit edilmiş ve maddi kazançları ise 750 TL – 3.600 TL arasında belirtilmiştir (Artan ve Irmak 2017 pp.122).

Tablo 4-1: Yaşlı Yakınlarının Sosyo demografik Özellikleri

	Kategoriler	N	%
Cinsiyet	Kadın	57	57
	Erkek	43	43
Medeni Durum	Evli	46	46
	Eşi vefa etmiş	16	16
	Boşanmış	38	38
Eğitim Durumu	İlkokul	20	20
	Ortaokul	22	22
	Lise	37	37
	Yüksekokul-Üniversite	21	21
Sosyal Güvence Durumu	Var	74	74
	Yok	26	26
Çalışma Durumu	Evet	71	71
	Hayır	29	29

Kaynak: Artan, T., Irmak, H. S. (2017). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yakınlarının Huzurevlerine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi, s.121

Çalışmaya katılan yaşlı bireyler ile yaşlı yakınların yakınlık dereceleri ise şu şekilde belirtilmiştir;

%48'i yaşlı bireyin kızı

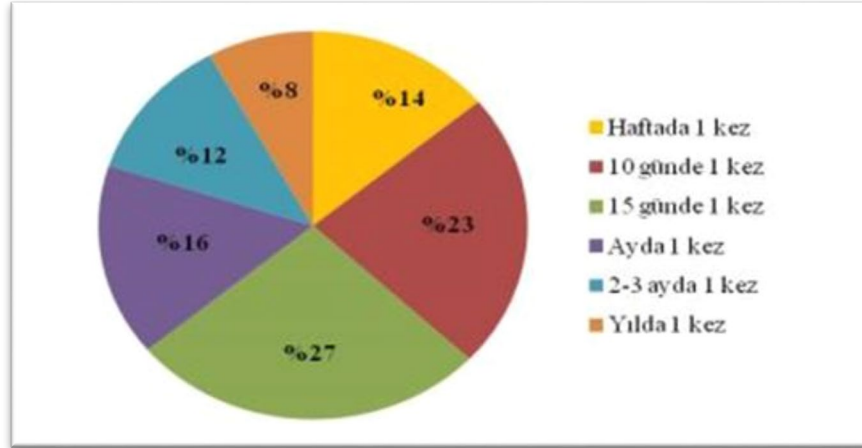
%43'ü yaşlı bireyin oğlu

%9'u ise yaşlı bireyin kardeşidir.

Çalışmaya katılan aile bireylerine yöneltilen bir başka soru ise yaşlı bakımını kimin üstlenmesi ile alakalı olmuştur ve çalışmaya katılan 100 kişiden %58'si yaşlı bakımının sorumlusunun huzurevleri aracılığı ile devlet, %25'i çocuklarının ve %17'si ise kendilerinin olduğunu belirtmiştir (Artan ve Irmak 2017 pp.123).

Çalışmada değinilen bir başka konu ise yaşlı yakınlarının huzurevlerine bakış açılarının yaşlıları huzurevinde yaşamadan önce ve huzurevinde yaşamaya başladıktan sonra görüşlerinde herhangi bir değişim olup olmadığını saptamak ile ilgili olduğu görülmüştür. Yaşlı yakınları, kendi yaşlılarının huzurevinde kalmaya başlamadan önce %30'luk kısmı huzurevini “yalnızca kimsesi olmayan yaşlıların konakladığı kurum

olarak”, “yalnızca parası olmayan yaşlıların konakladığı kurum olarak” gören kısım %20 iken, %15’i “kapısından bile geçmeyeceğim yer” olarak belirtmiştir. %13’ü ise “yaşlıların güvende olduğu, profesyonel hizmetlerin sunulduğu yer” şeklinde yorumlarken, %12’si “çok fazla bir fikrim yok” şeklinde düşüncelerini dile getirmiştir. En son olarak da %10’nu “yaşlılara kötü davranılan yer” olarak negatif bir yorumda bulunmuştur. Yaşlı yakınları ile gerçekleştirilen münazaralarda yaşlı yakınlarının huzurevleri ile ilgili negatif bir tutuma sahip olmalarını tetikleyen sosyal platformda yer alan haberlerin ana neden olduğu gözlemlenmiştir. Huzurevleri ile ilgili pozitif fikirlere sahip yaşlı yakınları ise daha önceden kazanılmış deneyimlerden kaynaklı olduğu saptanmıştır ve daha önceden huzurevi hizmetinden faydalanan eş ve dostlar bu olumlu yöndeki eğilimde etkili bir rol oynadığı tespit edilmiştir (Artan ve Irmak 2017 pp.124). Bunun akabinde çalışmaya katılan 100 aile yakınına kendi yaşlı bireylerinin huzurevlerinde konaklamaya başladıktan sonra görüşleri hakkında bir değişiklik olup olmadığı sorulduktan sonra çoğunluğun görüşünün pozitif yönde değiştiği gözlemlenmiştir. Çalışmaya katılan yaşlıların yakınlarına, yaşlıların huzurevinde konaklamalarının pozitif yönlerinin neler olduğu ile alakalı yöneltilen soruların cevapları ise; “%54’ü Kimseye Yük Olmama, %45’i Yalnız Kalmak Zorunda Olmama, %30’u Olası Bir Sağlık Sorununda Acil Müdahale İmkanı Sunma, %27’si Kendi Yaş Grubundan İnsanlar ile Bir Arada Olma ve %20’si Birine Bağımlı Olmadan Özgür Olarak Yaşayabilme İmkanı” şeklinde olmuştur ve bu cevaplar sayesinde huzurevlerinin yaşlı bireylere sağladığı avantajlar tespit edilmiştir (Artan ve Irmak 2017 pp.124). Bu çalışmada değinilen en önemli konulardan biri ise yaşlı yakınlarının yaşlı bireylerini ziyaret etme sıklıkları ile ilgili olan kısımdır. Şekil 4-4’de’ görüldüğü üzere yakını haftada 1 kez ziyaret edenlerin yüzdesi 14, 10 günde 1 kez ziyaret edenlerin yüzdesi 23, 15 günde 1 kez ziyaret edenlerin yüzdesi 27, ayda 1 kez ziyaret edenlerin yüzdesi 16, 2-3 ayda bir ziyaret edenlerin yüzdesi 12 ve yılda 1 kez ziyaret edenlerin yüzdesi ise 8 olarak bulunmuştur. Buradan çıkan sonuç doğrultusunda yaşlı yakınlarının yaşlılarını görmekte güçlük çektiği için huzurevlerini tercih etmemeleri bir başka neden olarak göze çarpmıştır.



Şekil 4-4: Yaşlıların Zitaret Edilebilme Sıklığı Yüzdesel Gösterimi

Kaynak: Artan, T., Irmak, H. S. (2017). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yakınlarının Huzurevlerine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi, s.125

EK 1’de Türkiye’de yapılan bu çalışmada yaşlı yakınlarına yaşlı bireylere kim tarafından bakılması gerektiği ile ilgili görüşlerini almak üzere belli başlı sorular sorulmuş olup bu soruların cevapları ise çocukları tarafından, kendi evlerinde ve huzurevlerinde olmak üzere 3 gruba bölünmüştür. Bu 3 grupta, huzurevlerinin yaşlı bireylerin sosyalleşmeleri açısından ve özgürlüklerini yaşayabilmeleri açısından olumlu baktıkları yönünde cevap vermişlerdir. Buna ek olarak huzurevlerinde profesyonel personellerin yaşlılara kaliteli hizmet sunacağı yönündeki görüşleri %50’nin üzerinde bulunmuştur. Huzurevinde bir yakını olmayan ya da yakınlarının huzurevinde bakım hizmetinden faydalanması düşünmeyenler ise huzurevinde tüm yaşlıların bir arada olmasının yaşlıyı karamsarlığa itebileceğine ve yalnızlık duygusu yaşayacağına dair düşünceye sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Sorulan soruların sonuçlarına bakıldığında en göze çarpan sonuç ise huzurevi deneyimi olmayan yaşlı ve yaşlı yakınlarının huzurevi modeline olumsuz yönde baktığıdır.

Araştırmanın sonucuna bakıldığında ise yaşlılara huzurevlerinde bakılması gerektiğini düşünen yaşlı yakınlarının %6,9’u, yaşlılara çocuklarının bakması gerektiğini düşünen yaşlı yakınlarının %12’si huzurevlerinin yaşlıların bireysel özgürlüklerini yaşamalarına imkan vermediğini düşünmekte iken, yaşlılara kendi evlerinde bakılması gerektiği düşünen yaşlı yakınlarının %35,3’ü huzurevlerinin yaşlıların bireysel özgürlüklerini yaşamalarına imkan vermediğini düşünmektedir (Artan ve Irmak 2017 pp.127). İlaveten, Artan ve Irmak (2017)’in da dediği gibi

“yaşlılarına huzurevleri aracılığı ile devletin bakmakla sorumlu olduğunu düşünen yaşlı yakınları, kentsel yaşam ve toplumsal değişimlerin aile ve birey temelinde meydana getirdiği dönüşümlerin” bir sonucu olduğu gözlemlenmiştir (Artan ve Irmak 2017 pp.128). Ülkemizde, bireylerin huzurevleri ile ilgili görüşlerinin genellikle ön yargılar ve medyada yer alan bilgilerle oluşturulduğu ve şekillendiği görülmektedir. Ancak yaşlı yakınlarının, yaşlıları huzurevinde yaşamaya başladıktan sonra huzurevleri ile ilgili doğru bilgilere ulaşmaları sonucu huzurevlerine bakışlarının olumlu yönde değiştiği görülmüştür (Artan ve Irmak 2017 pp.130).

Türkiye’de huzurevlerine ve yaşlı bakım merkezlerine hem yaşlı bireyler hem de yaşlı bireylerin yakınları tarafından negatif bir izlenim olduğu yapılan bütün çalışmalarda açık bir şekilde gözlemlenmiştir. Bunun nedeni ise hem ailelerin hem de yaşlıların huzurevleri hakkındaki bilgileri yazılı ve kurumsal kaynaklardan almak yerine daha önce bir huzurevinde kalan veya kendi sosyal çevrelerinin deneyimlerinden yola çıkarak edinilen bilgilerden ötürü olduğu söylenebilir. Algılanan bu algının yanlış olduğu ise yapılan deneysel araştırmalarla tespit edilmiştir. İçinde oldukları araştırma verilerinde elde edilen verilerden çıkarılmıştır. Bu durum da huzurevlerinin birer yaşam alanı olmak ile birlikte bu yaşam alanının burada kalan yaşlı bireyler tarafından tercih edilerek, şahsi bedensel, toplumsal, iktisadi gereksinimlerini karşılamak üzere seçtiği, huzurevine geldiği etapta entegrasyon bunalımları çekildiği ancak uyum sonrası genel bir hoşnut durumunun olduğu, sağlık, yemek, bakım ve iyileştirme hizmetlerinin verildiği yaşlıya hizmet anlayışı ile açılan devlet kuruluşları olduğunu açık bir şekilde hem yaşlı bireye hem de yaşlı bireyin yakınlarına belirtilmesi gerektiği düşünülmektedir (Sökmen 2008 pp.96).

Türkiye’de yaşlılara yönelik bakım hizmetleri gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında nitelik ve nicelik bakımından sınırlı düzeyde kalmakta ve geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır ve bu yüzden de kurum bakımının niteliğinin artırılması gerekmektedir (Artan ve Irmak 2017 pp.130). Bu nedenle huzurevleri ile ilgili yapılacak tanıtım kampanyalarında yaşlıların huzurevlerinin sağlık, temizlik ve bakım ihtiyaçlarının karşılandığı merkezler olduğunu, sağlıklı yaşlılık dönemi geçirdiği, yaşam kalitelerinin arttığı vurgulanmalıdır (Sökmen 2008 pp.98). Gerek geçmiş deneyimler gerek toplum üzerinde kurulan yanlış algudan ve modernleşmenin sağladığı gelişmeler ile huzurevlerinin oluşturduğu negatif geri bildirimden ötürü yaşlı bakımı ile 2003 yılında Amerika’da başlanmış olan “Gerontolojik Ev” modelinin Türkiye’de de aileler

ve yaşı yakınları açısından olumlu bir şekilde karşılanacağı açık bir şekilde tespit edilmiştir. Buna ek olarak tasarlanan bu yeni modelin Türk aile kültür ve yapısına da uyumlu kurumsal bir yaşı bakım hizmeti sunacağı açıkça gözlemlenmiştir. Bundan dolayı yeni kavramın Türk toplumunun aile yapısına uygun bir şekilde tasarlandığı takdirde hem yaşı bireyler hem de aileler tarafından tercih edileceği kolaylıkla ifade edilebilir.



5. TARTIŞMA

Günümüzde, Türkiye’de 65+ nüfusun toplamda 6.895.385 kişi olduğu yüzdesel olarak ise %8,5 yapılan istatistiksel çalışmalar sonucu ortaya çıkmıştır (TUIK et 2018). Artan yaşlı nüfus beraberinde ise bakım kavramının doğmasını sağlamıştır. Literatür taramalarından anlaşılacağı üzere belli bir yaşın üstündeki bireyler ve belli bir hastalık veya sakatlık durumuna sahip bireylerin yaşam kalitelerinin sağlanabilmesi için gündelik bakımının bilinçli ve donanımlı bireyler tarafından yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda bakıma muhtaç yaşlı bireyler ve geleneksel huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireyler Türkiye’de var olan huzurevlerinin sayısını yetersiz bulmaktadır ve huzurevlerinde kalan yaşlıların mutludur olgusunun yanlış olduğu gözlemlenmiştir. Huzurevlerinde kalan yaşlılara sağlanan imkanların kısıtlı olması, aile bireyleri ile yeterli iletişim içinde olamamaları ve kendilerini bir hastane ortamında hissetmelerine bağlı olarak Türkiye’de yapılan çalışma doğrultusunda huzurevinde kalan yaşlıların %55,20’sinin mutsuz olduğu bulgusu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda yapılması öngörülen Gerontolojik Ev’in ilk ve en önemli amacı ise yaşlı bireylerin mutlu bireyler olarak hayatlarına devam etmelerini sağlamaktır. Gerontolojik Ev modeli ile gelenekselleşmiş huzurevlerine karşı olan negatif yöndeki izlenimi ortadan kaldırmak ve daha kapsamlı, kaliteli ve kullanışlı bir bakım modeli sunabilmeyi sağladığı gözlemlenmiştir.

Modernleşen dünyada artan ve artmaya devam etmekte olan yaşlı nüfus ile yaşlıların bakımı için yeni metotlar aranmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda ise ortaya 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı bireyin hem bakımı hem de psikolojik açıdan iyilik halinin korunduğu ve yaşlı bireyin sağlık bir şekilde hayatını idame ettirebildiği Gerontolojik Ev konsepti ortaya çıkmıştır.

Türkiye’de yaşlı bireylerin huzurevlerini tercih etme nedenleri dikkate alındığında ve gelişen ve gelişmeye devam eden bir ülke olarak yaşam standartlarının değişmesi sonucunda ortaya çıkan yeni tasarımın Türkiye’ye uyarlanması sağlanabilmesi için bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırma sonucunda ise elde edilen bulgulardan belli başlıcaları şu şekildedir;

Yapılması öngörülen Gerontolojik Evin fizibilite çalışmasında bina maliyeti 459.083 \$ olarak hesaplanmıştır ve öngörülen faydalı ömrü ise 25 yıldır. Bina

modifikasyon maliyeti m2 başına 69.99 \$ olup toplam modifikasyon maliyeti ise 76.989 \$ olarak belirtilmiştir. Evin dekorasyonun faydalı ömrü 3 yıl olup maliyeti ise 36.727 \$ olarak kaleme alınmıştır. Uyarlanması öngörülen evde ise 23 personelin çalışması amaçlanmış olup bu kadro ise başhemşire, hemşire, pratisyen hekim, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, diyetisyen, psikolog, ev görevlisi, müdür, müdür yardımcısı, muhasebe müdürü ve insan kaynakları müdürü, muhasebe personeli, bilgi işlem personeli, aşçı, kuaför, sosyal çalışmacı, satın alma ve depo personeli, santral görevlisi, temizlik personeli, güvenlik ve şoförden oluşacaktır. Bu doğrultuda ofis malzemeleri maliyeti kişi başına 967 \$ olup toplam da 22.235 \$ olarak hesaplanmıştır. Tıbbi malzemelerin maliyeti 35.571 \$ iken Gerontolojik Ev için kullanılacak araçların yani taşıtların maliyeti ise 25.346 \$ olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar sonucunda aylık toplam maliyet 20.891 \$ ve günlük toplam maliyet ise 687 \$ dır.

Gerontolojik Ev’de kullanılacak malzemeler dört gruba bölünmüş olup gruplar şu şekilde belirtilmiştir; ofis malzemeleri, tıbbi malzemeler, bina malzemeleri ve araçlar. Bina malzemelerini; asansör sistemi, jeneratör, yönlendirme tabelaları, uydu sistemi, kurutma makinaları, havalandırma sistemi, perde, yangın söndürme ekipmanı, davlumbaz, bulaşık makinası, fırın, derin dondurucu, aspiratör, vantilatör, klimalar, ocak, mutfak tezgahı, yemek odası masası ve sandalyeleri, koltuk takımı, buzdolabı gibi donanımlardan oluşmaktadır. Tıbbi malzemeler ise tansiyon aleti, hemşire çağrı cihazı, tıbbi malzeme dolabı, yaşlı yatakları, sedye, kirli çamaşır arabası, büyük boy yetişkinler için alt bezleri ve bunun gibi ekipmanlardan oluşmaktadır. Ofis malzemelerini oluşturanlar kasa, telefon sistemi, mobilyalar, kırtasiye malzemeleri, bilgisayar ve bilgisayar donanımları, cep telefonları gibi donanımlardan oluşmaktadır. Araçlar ise Gerontolojik Ev’de hem de konaklayan hem de çalışacak personelin ulaşımı ve acil bir müdahale durumunda hastaneye götürülmek için sürekli olarak evde bulunacak ambulans ile ilgili olan kısımdır.

Kurulacak olan Gerontolojik Ev 600 m2 taban oturumlu, 7 katlı ve 10 yaşlı bireyin konaklaması için planlanmış olup fizibilite çalışmasında kurulacak Gerontolojik Ev için gerekli olan ilk yatırım 656.130 \$ olarak hesaplanmıştır. İnşa edilmesi planlanan Gerontolojik Ev’de günlük konaklama kapasitesi 10 kişi olarak belirtilmiştir ve konuk başına gelir 802 \$ olup toplam gelir ise 5.614 \$ olarak belirtilmiştir. İnşa edildikten sonraki yıl kapasitenin %30’u kullanılması beklenmekte olup bu doğrultuda elde edilen net kazanç ise 420.815 \$ olarak hesaplanmıştır. Sonraki 9 yıl içinde ise kapasitenin

%50'si kullanılması planlanmış ve yılbaşına düşen net kazanç ise 701.358 \$ olarak belirtilmiştir. 9 yıldan sonra geriye kalan 15 yıl içinde ise kapasitenin %100'ü kullanılması öngörülmüştür ve bu doğrultuda net kazanç ise 1.402.717 \$ olarak planlanmıştır.

SONUÇ

Amerika Birleşik Devletleri'nde hayata geçirilen yeni nesil yaşlı bakım evi modelinde yaşlı bireylerin kendilerini ev ortamında hissetmelerini sağlayacak şekilde tasarlanan mutfak ve salon tasarımı göze çarpan en önemli detaydır. Yeni tasarlanan yaşlı bakımı ile ilgili olan Gerontolojik Ev'de göze çarpan en önemli bölüm ise mutfağın tasarımı ve konumlandığı alandır. Bu evlerde mutfak evin en orta bölümünde bulunmaktadır ve evin kalbi olarak adlandırılmaktadır.

Mutfak, her toplumun kendi kültürünün yapıtaşıdır çünkü aileleri, arkadaşları kısacası bütün bireyleri bir arada tutan ve insanlarda saygı ve sevgi ifadelerinin oluşmasını sağlayan en önemli temel oluşumlardan biridir. Türk kültüründe olduğu gibi Amerikan kültüründe de birlikte yaşamanın en önemli parçası birlikte yemek yeme olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür. Birlikte sofraya oturmak bireylerin birbirlerine olan saygı, sevgi ve aynı zamanda kendi özsaygılarının da oluşmasını sağlar. Birlikte sofraya oturmak ve bu sırada karşılıklı olarak yapılan paylaşımlar ile bireylerin ruh sağlıklarını da pozitif yönde etkilemiştir çünkü toplu yemek yiyen bireyler kendilerini yalnız hissetmeyen ve sosyalleşerek kendilerini olumlu yönde geliştirebildikleri yapılan çalışmalarda da açık bir şekilde görülmektedir.

Amerika'da Gerontolojik Ev kavramı oluşturulurken de her kültürün yapıtaşı olan yemek yeme kültürü yaşlı bakımının en önemli yapıtaşı olarak düşünülüp bu yönde bir oluşum tasarlanmıştır. Bu yüzden de bu yeni tasarım oluşturulurken yemek yeme olgusunu bir eğlence, aktivite, toplu yaşama ve beslenmenin temel kaynağı olarak benimsendiği gözlemlenmiştir (NCB Capital Impact 2008 pp.16). Bundan dolayı yeni oluşturulan yaşlı bakım evlerinde birlikte yemek yeme ile ilgili bazı kurallar uygulanması gerektiği düşünülmüştür. Bu kurallar ise; birlikte yemek yeme kültürünün devam ettirilmesi, evde yaşayan yaşlı bireylerin talepleri doğrultusunda siparişlerin verilmesi ve yiyeceklerin hazırlanması, yaşlı bireylerin mutfak ile olan iletişimi kesilmemeli ve yaşlı bireylerin gıdalar istedikleri zaman ulaşabilecekleri şekilde olması gerekmektedir. Ek olarak, sofrada paylaşımın olabilmesi ve kendilerini ev ortamında

hissedebilmeleri için bütün yaşlı bireyler aynı anda sofraya oturmalı. Yaşlı birey kendisi talep etmediği sürece herkesin aynı anda sofraya oturtulması sağlanmalı. Kendi başına yemek yiyemeyen bireylerin bile sofrada yerinin olması gerekmektedir. Konulan bu kurallar sayesinde de yeni bakım evlerinde bazı uygulamalar üzerinde detaylı bir şekilde durularak uygulanmaya başlanmıştır. Yaşlı bireyin bireysel mutluluğu ve refahı için ise uygulanan bu uygulamalar ise şu yöndedir; yaşlı bireyler günlük menüleri seçebilmektedir ve yaşlı birey talep ederse yemek pişirmeye yardımcı olabilmektedir. Yaşlı bireyin kendini kendi evinde ve bir aile ortamında hissedebilmesi için yemek esnasında müzik, masanın üzerine konan bir çiçek ve yemek masasının süslenmesi ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Evde çalışanlar ve aileler de yaşlıların yemek saatinde masaya oturmaktadır Bunlara ek olarak, yaşlı bireyler hatta aileler bakım evlerinde var olan yemek tarifi defterine kendi tariflerini de koyabilmektedir. Görüldüğü üzere mutfak ve masa kültürü toplu yaşamın, kültürel gelişimin, keyif ve nezaketin oluşmasında çok önemli bir rol oynamaktadır ve yapılan deneysel çalışmalar sayesinde bu birimlerde konaklayan yaşlıların en mutlu oldukları bölümün bu kısım olduğu olgusu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, yaşlılık olgusu yaşlı bireyleri psikolojik yönden çok derinden etkilendiği ve yalnızlık hissi ile başlayıp yaşlı bireylerin yaşlanma sürecini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin en aza indirecek şekilde tasarlanan Gerontolojik Ev konsepti ile yaşlı bireylerin hayatlarının geri kalan döneminde mutlu bireyler olarak yaşamlarını sürdürmeyi hedeflemiştir. Yaşlı bireylerin aileleri ile istediği zamanlar görüşebilmesi, kendilerine ait ve kendi lavabolarının olduğu odalarının olması, çok yataklı hastaneleri andırmak yerine kişi sayısının az olduğu, aktivitelerin bol olduğu, yaşlı bireylerin aileleri ile iletişim içinde olabilmesi ve ziyaret saatlerindeki esneklik ve doktor ile hemşirelerin sürekli ortada görünmediği, evin merkezinde oturma odası ve mutfakın bulunduğu konsepti ile Gerontolojik Ev'ler ile yaşlı bireylere aile sıcaklığını ve kendi evlerini aramayacakları bir yaşlı bakım modelinin Türk aile kültürü, örf ve adetleri göz önüne alındığında Türkiye'ye uyarlanabilir olduğu yapılan araştırmalar kapsamında tespit edilmiştir.

EK1.

Tablo 5-1: Yaşlı Yakınlarının, Yaşlıların Bakımı ile İlgili Görüşleri

SORULAR	ÇOCUKLARI				KENDİ EYLERİNDE				HİZUREYLERİNDE			
	KATILMAYORUM	KISMEN KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KISMEN KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KISMEN KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM
1.Hizurevleri, bakımverici gibi kurumlar Türk aile geleneğine uygun mekânlardır.	8%	16%	76%	35,30%	17,60%	47,10%	50%	20,70%	29,30%			
2.Hizurevlerin gerekli kurumlar olduğumu	8%	16%	76,00%	35,30%	47,10%	18%	62,70%	31,00%	1,70%			
3.Hizurevleri şehrin içinde yer almaları:	60%	40%	0%	64,70%	35,30%	0%	72,40%	27,60%	0%			
4.Hizurevleri sadece kümesiz yaşlılar için	52%	44%	4%	47,10%	52,90%	0%	62,10%	37,90%	0%			
5.Özel hizmetleri geliştirilmeli.	0%	16%	84%	0%	23,50%	76,50%	0%	60,30%	39,70%			
6.Hizurevlerinde yaşlı sağlık ve dengeli	24%	72%	4%	35,30%	47,10%	17,60%	72,40%	25,90%	1,70%			
7.Ekonomik durumu iyi olmayan yaşlılar için en ideal yaşam alanı hizmetlerdir.	52%	48%	0%	52,90%	47,10%	0%	53%	47%	0%			
8.Hizurevlerdeki çalışanlar yaşlılara ilgili	76%	24%	0%	70,60%	29,40%	0%	82,80%	17,20%	0%			
9.Hizurevi yaşlıların bireysel örgütlenmelerini	68%	20%	12%	52,90%	11,80%	35,30%	67,20%	25,90%	6,90%			
10.Hizurevi yaşlılar için bir sosyallesme alanıdır.	52%	44%	4%	41,20%	41,20%	17,60%	62,10%	37,90%	0%			
11.Yaşlıların hizmetlerinde bakımına si gereksizliğini	8%	32%	60%	64,70%	11,80%	23,50%	47%	33%	21%			
ÇOCUKLARI												
KENDİ EYLERİNDE												
HİZUREYLERİNDE												
SORULAR	KATILMAYORUM	KISMEN KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KISMEN KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM	KATILMAYORUM
12.Hizurevlerdeki profesyonel personelin yaşlılara kaliteli hizmet sunma çabını düşüncüyorum.	76%	24%	0%	52,90%	47,10%	0%	70,70%	29,30%	0%			
13.Hizurevleri, yaşlıları toplumsal yaşamdan	48%	48%	4%	41,20%	41,20%	17,60%	65,50%	34,50%	0%			
14.Hizurevlerinde tüm yaşlıların bir arada olma si zaman zaman onları karamsarlığa iter.	36%	40%	24%	47,10%	29,40%	23,50%	25,90%	31%	43,10%			
15.Ülkemizdeki hizmetlere gerekli denetimlerin yapıldığını düşünüyorum.	44%	56%	0%	58,80%	41,20%	0%	58,60%	41,40%	0%			
16.Hizurevlerinde kalan yaşlılar mutdular.	40%	28%	32%	41,20%	35,30%	23,50%	24,10%	20,70%	55,20%			
17.Reliğ seviyesinin yükselmesi ile hizmetleri hızla arttırdığını düşünüyorum.	16%	84%	0%	41,20%	58,80%	0%	67,20%	32,80%	0%			
18.Yaşlılar hizmetlerinde yabazlık düşüncü	32%	28%	40%	41,20%	23,50%	35,30%	15,50%	29,30%	55,20%			
19.Kamuya bağılı hizmetlerini geliştirilmeli.	36%	20%	44%	64,70%	29,40%	5,90%	72,40%	25,90%	1,70%			
20.Ülkemizdeki hizmetleri yeterli olduğunu	56%	36%	8%	23,50%	5,90%	70,60%	10,30%	36,20%	53,40%			
21.Hizurevlerinde yaşam kalitesinin iyi olduğunu	29%	72%	0%	70,60%	29,40%	0%	70,70%	29,30%	0%			
22.Hizurevlerinde, yaşlılara iyi bakıldığını	44%	48%	8%	35,30%	64,70%	0%	65,50%	32,80%	1,70%			
23.Ekonomik durumu iyi olan ailelerin, yaşlılarının hizmetlerinden	16%	36%	48%	70,60%	11,80%	17,60%	52%	31%	17%			

EK2.

Örnek Gerontolojik Ev Fizibilite Çalışması

Tablo 0-1: Sabit Kıymet Maliyet Tablosu

(USD)

Bina Maliyeti	459.083
Faydalı Ömrü (YIL)	25
Bina Modifikasyon Maliyeti(m2 Başına)	70
Bina Alanı (m2)	1.100
Bina Modifikasyon Maliyeti (TOPLAM)	76.989
Faydalı Ömrü (YIL)	5
Dekorasyon Maliyeti	36.727
Faydalı Ömrü (YIL)	3
Ofis Malzemeleri (Kişi Başına)	967
Ofis Ekipmanlarını Kullanacak Eleman S	23
Ofis Malzemeleri (TOPLAM)	22.235
Faydalı Ömrü (YIL)	3
Tıbbi Malzemeler	35.751
Faydalı Ömrü (Years)	5
Araçlar	25.346
Faydalı Ömrü (Years)	5
Aylık Toplam Maliyet	20.891
Günlük	687

Tablo 0-2: Sabit Giderler Tablosu

(USD)

Aylık Giderler

SİGORTA	1.678
MUTFAK GİDERLERİ	1.480
ELEKTRİK GİDERİ	1.452
DİĞER	1.335
DOĞALGAZ GİDERLERİ	1.076
SU GİDERLERİ	840
GÜVENLİK HİZMETLERİ	738
BAKIM-ONARIM	679
TAŞIT GİDERLERİ	538
YEMEK VE İKRAM GİDERLERİ	528
KIRTASIYE GİDERLERİ	478
İŞ GÜVENLİĞİ DANIŞMANLIK	473
MUHASEBE VE MALİ MÜŞ.GİDERLERİ	448
BİLGİ İŞLEM	384
TEKNİK MALZEME	55
PERSONEL GİYİM	86
İNTERNET GİDERLERİ	67
Toplam	12.335

Tablo 0-3: Sabit Kıymet Amortisman Tablosu

(USD)

YIL	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ve Sonrası
Bina Maliyeti	459.083	18.363	18.363	18.363	18.363	367.267
Bina Modifikasyon Maliyeti	76.989	15.398	15.398	15.398	15.398	307.957
Dekorasyon Maliyeti	36.727	12.242	12.242	12.242	12.242	244.844
Ofis Malzemeleri	22.235	7.412	7.412	7.412	7.412	148.231
Tıbbi Malzemeler	35.751	7.150	7.150	7.150	7.150	143.004
Araçlar	25.346	5.069	5.069	5.069	5.069	101.384
Toplam	656.130	65.634	65.634	65.634	65.634	1.312.685

Tablo 0-7: Sabit Kıymet Detay Tablosu

(USD)		
Malzemeler	Miktar	Tür
ASANSÖR SİSTEMİ	25.325	Bina malzemeleri
JENERATÖR-ÇUKUROVA	23.254	Bina malzemeleri
41 KH 686 MERCEDES AMBULANS-KURTARAN	15.279	Araçlar
HASTA YATAKLARI	15.025	Tıbbi malzemeler
HASTA KARYOLA VE SEDYE 2008/11	13.021	Tıbbi malzemeler
MEDDATA ORACLE	8.347	Ofis malzemeleri
41 KS 436 CHEVROLET CAPTİVA	6.494	Araçlar
BAŞARAN MERMER PARAVAN BÖLME	6.197	Ofis malzemeleri
PERDE-STOR 2009/12	4.397	Tıbbi malzemeler
41 KH 822 FIAT DOBLO 1.3 M.JET 90 2012 MODEL - ÇİMENLER	3.573	Araçlar
YÖNLENDİRME TABELASI 2009/12	6.922	Bina malzemeleri
Dekorsan Dolapları	2.969	Bina malzemeleri
UYDU SİSTEMİ 2009/11	2.547	Bina malzemeleri
Dekorsan Holi Mobilya	981	Ofis malzemeleri
SF/E-31 KURUTMA MAKİNASI	1.758	Bina malzemeleri
Yapi Dek. Mobilya	1.661	Bina malzemeleri
Gökseller Kasa	1.396	Ofis malzemeleri
Modess Soyunma Dolabı Masa	1.295	Bina malzemeleri
Sentürkler Split Klim	1.252	Bina malzemeleri
HAVALANDIRMA SİSTEMİ 2009/7	1.085	Bina malzemeleri
TELEVİZYON BEKO	916	Bina malzemeleri
Aden Diyofen Seti	809	Bina malzemeleri
Karayel Mef. Stor Perde	778	Ofis malzemeleri
Karayel Mef. Stor Perde	778	Bina malzemeleri
YANGIN SÖNDÜRME EKİPMANI 2009/10	773	Bina malzemeleri
FİRİN-DAVLUNBAZ-BULAŞIK MAKİNASI	764	Bina malzemeleri
DERİN DONDURUCU 2010/5	729	Bina malzemeleri
TELEFON SİSTEMİ 2009/7	717	Ofis malzemeleri
Özay Mobilya Bölme stant	668	Ofis malzemeleri
Dekorsan Dolaplar	615	Bina malzemeleri
Esoate Ekg Printer	611	Ofis malzemeleri
KİRLİ ÇAMAŞIR ARABASI 2009/7	601	Tıbbi malzemeler
ASPIRATÖR VE VANTİLATÖR 2009/11	584	Bina malzemeleri
TANSİYON HOLTTER 2009/6	570	Tıbbi malzemeler
AŞDINLAR MOBİLYA	521	Ofis malzemeleri
ANTİVİRÜS PROGRAMI 2009/7	510	Ofis malzemeleri
HEMŞİRE ÇAĞRI CİHAZI VE GÖSTERGE 2009/9	467	Tıbbi malzemeler
Canped Alt Bezi (büyük boy yetişkinler için)	467	Tıbbi malzemeler
KLİMA BEKO	430	Bina malzemeleri
BANYO DOLABI 2009/8	426	Bina malzemeleri
TİBBİ MALZEME DOLABI	401	Tıbbi malzemeler
Canped Ara Bezi	401	Tıbbi malzemeler
Canped Orta Boy (külotlu ped)	401	Tıbbi malzemeler
Kprf. Döküm Fotokopi Mak.	348	Ofis malzemeleri
Elektroser Fotokopi	334	Ofis malzemeleri
OCAK VE ASPIRATÖR 2009/12	311	Bina malzemeleri
Kafeterya Masa ve Sandalyesi	280	Bina malzemeleri
Klima ve Tesisati	257	Bina malzemeleri
MUTFAK TEZGAHI 2010/6	254	Bina malzemeleri
PARMAK İZİ CİHAZI - GİGA	249	Bina malzemeleri
Nesil Nakler Kamera	231	Bina malzemeleri
CEP TELEFONU	198	Ofis malzemeleri
EKTEKSTİL TELEFON	164	Ofis malzemeleri
YALITIM MALZEMESİ 2010/6	155	Bina malzemeleri
ÇÖP KOVALI DOLAP-CDF OFİS	147	Ofis malzemeleri
Arigün Buzdolabı	133	Bina malzemeleri
GAZ ALARM MONİTÖRÜ 2008/10	117	Bina malzemeleri
ARAÇ TAKİP CİH.YÖNETİM SETİ - ARMAKOM	115	Ofis malzemeleri
AKÇAR TİBBİ MALZEME	109	Bina malzemeleri
Gold Computer 1 GZ DDR 400 MHZ Kingston	99	Ofis malzemeleri
BAŞTÜRK KARDEŞLER MOBİLYA	74	Ofis malzemeleri
Gold Computer	29	Ofis malzemeleri

Tablo 0-8: Nakit Akışı Tablosu

(USD)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
YIL	2017	2018	2019	2020	2021	2022
KULLANILAN KAPASİTE	-	30%	50%	50%	50%	50%
NET SATIŞ	-	614.715	1.024.525	1.024.525	1.024.525	1.024.525
DEĞİŞKEN MALİYETLER	-	75.209	125.348	125.348	125.348	125.348
SABİT MALİYETLER	-	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672
PERSONEL GİDERLERİ	-	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023
DİĞER	-	539.506	899.177	899.177	899.177	899.177
FAVÖK	-	118.691	197.819	197.819	197.819	197.819
YASAL VERGİ	-	420.815	701.358	701.358	701.358	701.358
NET KAZANÇ	-	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634
SABİT KIYMET YATIRIMI	656.130	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634
NAKİT AKIŞI	(656.130)	355.181	635.724	635.724	635.724	635.724
BÜYÜME ORANI		0%	0%	0%	0%	0%
SON DEĞER						
BUGÜNKÜ DEĞER (NAKİT AKIŞI)	(656.130)	339.599	581.170	555.674	531.297	507.989
BUGÜNKÜ DEĞER (SON DEĞER)						
NET BUGÜNKÜ DEĞER	42.339.225					
NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	(656.130)	355.181	635.724	635.724	635.724	635.724
İÇ VERİM ORANI	78%					
KUMULATİF NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	(656.130)	(300.950)	334.774	970.498	1.606.223	2.241.947
Geri Ödeme Vadesi (Yılları)	1,47					

(USD)							
YIL	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
KULLANILAN KAPASİTE	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%
NET SATIŞ	1.024.525	1.024.525	1.024.525	1.024.525	1.024.525	1.024.525	2.049.050
DEĞİŞKEN MALİYETLER	125.348	125.348	125.348	125.348	125.348	125.348	250.695
SABİT MALİYETLER							
PERSONEL GİDERLERİ	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672
DİĞER	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023
FAVÖK	899.177	899.177	899.177	899.177	899.177	899.177	1.798.355
YASAL VERGİ	197.819	197.819	197.819	197.819	197.819	197.819	395.638
NET KAZANÇ	701.358	701.358	701.358	701.358	701.358	701.358	1.402.717
SABİT KIYMET YATIRIMI	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634
NAKİT AKIŞI	635.724	635.724	635.724	635.724	635.724	635.724	1.337.082
BÜYÜME ORANI	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SON DEĞER							
BUGÜNKÜ DEĞER (NAKİT AKIŞI)	485.704	464.396	444.023	424.544	405.920	816.295	
BUGÜNKÜ DEĞER (SON DEĞER)							
NET BUGÜNKÜ DEĞER							
NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	635.724	635.724	635.724	635.724	635.724	635.724	1.337.082
İÇ VERİM ORANI							
KUMULATİF NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	2.877.671	3.513.395	4.149.119	4.784.843	5.420.567	6.757.649	
Geri Ödeme Vadesi (Yılları)							

YIL	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042
KULLANILAN KAPASİTE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NET SATIŞ	2.049.050	2.049.050	2.049.050	2.049.050	2.049.050	2.049.050	2.049.050
DEĞİŞKEN MALİYETLER	250.695	250.695	250.695	250.695	250.695	250.695	250.695
SABİT MALİYETLER							
PERSONEL GİDERLERİ	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672	102.672
DİĞER	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023	148.023
FAVÖK	1.798.355	1.798.355	1.798.355	1.798.355	1.798.355	1.798.355	1.798.355
YASAL VERGİ	395.638	395.638	395.638	395.638	395.638	395.638	395.638
NET KAZANÇ	1.402.717	1.402.717	1.402.717	1.402.717	1.402.717	1.402.717	1.402.717
SABİT KIYMET YATIRIMI	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634	65.634
NAKİT AKIŞI	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082
BÜYÜME ORANI	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SON DEĞER							29.141.538
BUGÜNKÜ DEĞER (NAKİT AKIŞI)	570.144	545.132	521.217	498.352	476.489	455.586	435.599
BUGÜNKÜ DEĞER (SON DEĞER)							29.141.538
NET BUGÜNKÜ DEĞER							
NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	1.337.082	30.478.621
İÇ VERİM ORANI							
KUMULATİF NAKİT AKIŞI + SON DEĞER	17.454.308	18.791.390	20.128.473	21.465.555	22.802.637	24.139.720	54.618.340
Geri Ödeme Vadesi (Yılları)							

KAYNAKLAR

- Acar, İ. A., Kitapçı, İ. (2008). Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye'deki Emeklilik Sistemindeki Değişim. *Maliye Dergisi*, 154, 77-98
- Aközer, M., Nuhurat, C. Say, Ş. (2011) Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Aile ve Eğitim Kültür Araştırma Dergisi*, 7, 103-128
- Altus, D. (2010). Green Houses: Providing Human Care For Elders. *Communities Magazine*, 149, 54-56
- Anayasa Mahkemesi Kararı (2013). T.C. Resmi Gazete, 28711, 18 Temmuz 2013
- Anonim (2016). Green House Feasibility Study Model. Erişim Tarihi (11.02.2018)
- [http://cheshirecountynh.us/Delegation%20SubCommittee/PDF's%20&%20Reports/EGA%20Presentation%20Materials%20041116/Maplewood%20Feasibility%20Study%20Part%203%20\(4.11.18\).pdf](http://cheshirecountynh.us/Delegation%20SubCommittee/PDF's%20&%20Reports/EGA%20Presentation%20Materials%20041116/Maplewood%20Feasibility%20Study%20Part%203%20(4.11.18).pdf)
- Arpacı, F. (2008). Ankara'da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 1-13
- Arslan, H., Terzi, Ö., Dabak, Ş., Pekşen, Y. (2016). Yaşlılarda Farklı Yaşam Biçimlerine Göre Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi. *Medeniyet Medical Journal*, 3, 179-185
- Artan, T., Irmak, H. S. (2017). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yakınlarının Huzurevlerine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. *Journal Of Current Researches On Health Sector*, 2, 117-132
- Aydın, Z. D. (1999). Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. *Türk Geriatri Dergisi*, 4, 179-187
- Başer, G. (2017). Huzurevinde Çalışan Bakım Personelinin Yaşlılara Karşı Tutumu Ve Ayrımcılık Düzeyleri İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Konya: Türkiye Cumhuriyeti Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Bowers, B.J., Nolet, K. (2014). Developing the Green House Nursing Care Team: Variations on Development and Implementation. *The Gerontologist*, 54 (S1), 53-64

Brownie, S., Nancarrow, S. (2013). Effects Of Person-Centered Care On Residents And Staff In Aged-Care Facilities: A Systematic Review. *Clinical Interventions In Aging*, 8, 1-10

Center For Medicare and Medicaid Services. (2018, October). What's Medicare? Erişim Tarihi (31.10.2018)

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306-Medicare-Medicaid.pdf>

Center on Budget and Policy Priorities (2016, August). Policy Basics – Introduction to Medicaid, Erişim Tarihi (03.07.2018)

<https://www.cbpp.org/research/health/policy-basics-introduction-to-medicaid>

Civan, A. (2010). Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi. İstanbul: Umud Matbaacılık ve Kağıtçılık Ltd. Şti.

Çohaz, A. (2010). Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. *Akademik Geriatri*, 122-126

Deloitte. (2015). Uzun Dönemli Sağlık Sigortası – Ülke İncelemesi Raporu Erişim Tarihi (16.06.2018)

https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/Uzun_D%C3%B6nemli_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-F%C4%B0NAL.pdf

Demirkan Tünel, G. (2011). Yaşlı Barınma Mekanlarında Tasarımın Gelişmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1-2, 28-43

Dural, B., Con, G. (2011) Türkiye’de Sosyal Devlet Ve Yaşlı Hakları Üzerine Bir İnceleme. *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu*, 483-496

Eser, S., Saatlı, G., Eser, E., Baydur, H., Fidane, C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1, 37-48

Frolik, L. A. (2016). Private Long-Term Care Insurance: Not the Solution to the High Cost of Long-Term Care for the Elderly. *Elder Law Journal*, 23,371-416

Genç, Y., Barış, İ. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10, 36-57

Gonzalez, L. (2016). The Green House Project New Research And The Future Of Small Homes. Claude Pepper Center, Fsu. Erişim Tarihi (28.04.2018)

https://coss.fsu.edu/subdomains/claudepeppercenter.fsu.edu_wp/wpcontent/uploads/2015/07/Issue_Brief_Green_house_project_latest_research.pdf

Gökbunar, A. R., Uğur, A., Duramaz, S. (2016). Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi. Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 12, 109-122

Gülay, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere ile Karşılaştırması. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, 12, 17-37

Gülpınar, G., Güven, S.S. (2003). Türkiye’de Yaşlı İnsanların Konut Sorunu ve Yaşlılar İçin Bağımsız Yaşam Birimleri Tasarımı Üzerine Bir Tartışma. Ç.Ü. Müh. Mim. Fakültesi Dergisi, 2,231

Ferder, J., Komisar, H. L., Niefeld, M. (2017). Long-Term Care In The United States: An Overview. Health Affairs, 19, 40-56

İlgar, L., İlgar, Ş. (2007-1). Yaşlılık Dönemi ve Yaşlının Gelişim Görevleri. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 7,147-156

Kalınkara, V. (2010). Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Çevresinin Ergonomik Tasarımı. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, 54-64

Karaca, F. (2010). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hayata Bakış Açıları ve Gelecekle İlgili Beklentileri. Aile Toplum ve Eğitim Araştırma Dergisi,6, 50-72

Karahan, A., Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. Türk Geriatri Dergisi, 4, 155-159

Kılıç, B. (1994-1995). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, 9, 30-35

Kılıç, Ü., Şelimen, D. (2017). Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi Jaren, 2, 73-82

Kırılmaz, H., Amarat, M., Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3, 78-104

Kızırlansanoğlu, M.C., Kılıç, M.K., Özsürekci, C., Köklü, H., Ülger, Z. (2013). Geriatri Bilim Dalı Olan Bir Üniversite Hastanesinde Geriatri Tanınma Oranları. *İç Hastalıkları Dergisi*, 20, 135-140

Kocakoç, N. (2016). *Türk Hukukunda Yaşlı Hakları*. Ankara: Orion Kitabevi

Koçkaya, G., Atikeler, K., Yenilmez, F. B. (2016). Türkiye Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar-Sağlık Harcaması Değerlendirmesi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 9, 82-101

Konak, A., Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 23-63

Könezoğlu, B. (2006). *Aile ve Ailenin Korunması*. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Lum, T. Y., Kane, R. A., Cutler, L. J., Tzy-Chyi, Y. (2008). Effects Of Green House Nursing Homes on Residents' Families. *Health Care Financing Review*, 30, 35-51

NCB Capital Impact. (2008, Nisan). *The Green House Project Guide Book* Erişim Tarihi (16.06.2018)

https://thehill.com/sites/default/files/TheGreenHouseProjectGuideBook_April2008_0.pdf

Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları (2013). T.C. Resmi Gazete, 26658, 26 Mayıs 2013

Oral, İ. (2002-2003). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 61-78

Öner, F. S. (2014). *Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerde Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler*. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği (2008). T.C. Resmi Gazete, 26960, 7 Ağustos 2008.

Özkul, M. ,Kalaycı, I. (2015-2). Türkiye’de Yaşlılık Çalışmaları. Sosyoloji Konferansları, 52, 259-290

Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, 39-49

Özyer, H. (2016). Yaşlılık Sorunu ve Bir Çözüm Olarak Huzurevi (Konya Dr. İsmail Işık Huzurevi Örneği) Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Bölümü Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi

Polivka, L., Moore, L. (2013). The Green House Project: Changing the Way that Nursing Home Care is Delivered. Claude Pepper Center, FSU. Erişim Tarihi: 06.06.2018

https://coss.fsu.edu/subdomains/claudepeppercenter.fsu.edu_wp/wpcontent/uploads/2015/04/The-Green-House-Project_paper-1.pdf

Rabig, J.,Thomas, W., Kane, R., Cutler, L.J., McAlilly S. (2006). Radical Redesign of Nursing Homes: Applying the Green House Concept In Tupelo, Mississippi. The Gerontologist, 46, 535-539

Robert Wood Johnson Foundation (2007 January). "Green Houses" Provide a Small Group Setting Alternative to Nursing Homes - And a Positive Effect on Residents' Quality of Life. RWJF Program Results Report Erişim Tarihi: 25.05.2018

https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2007/rwjf64459

Sargutan, A. E. (2010). 84 Ülke Ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri – Kavram Metod ve Uygulamalar, Sağlık Sektörünün Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Özellikleri, 84 Ülkenin Sağlık Sektörleri Sağlık Sistemleri ve Mali Yapıları, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları. Erişim Tarihi (22.07.2018)

<http://www.sargutan.com/AMERIKA%20BIRLESIK%20DEVLETLERI%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>

Schilling, B. (2009 November). A Green House Movement: As Long-Term Care Facilities Implement Culture Change, Some Locatins Are Turning on the Green House Model to Bring Person-Centric Care to Residents. *Journal of Foodservice Director*
Erişim Tarihi: 03.02.2018

<https://www.foodservicedirector.com/ideas-innovation/emerging-trends/articles/green-house-movement>

Softa, H. K. (2015). Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Yönden İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2, 63-76

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (1983). T.C. Resmi Gazete, 18059, 27 Mayıs 1983

Sosyal Sigortalılar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006). T.C. Resmi Gazete, 26200, 16 Haziran 2006

Sökmen, D. Ç. (2008). Huzurevinde Kalan Yaşlıların Huzurevindeki Yaşamlarına İlişkin Algıları. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Halk Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Sözen, F. (2014). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği. Ankara: T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi

Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N., Cabar, H.D. (2012). Yaşlılık, Depresyon ve Hemşirelik, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 38-41

Şahin, H. (2015). Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum ili Örneğinde. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Şener, B. (2004). Türkiye’de Yaşlı Konutlarının Yapılabilirliğine Yönelik Fizibilite Çalışması. İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi

Şentürk, M., Ceylan, H. (2015). İstanbul’da Yaşlanmak İstanbul’da Yaşlıların Mevcut Durum Araştırması. İstanbul: Açılım Kitap

T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2013). Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2014). Hasta ve Yaşlı Hizmetleri. Hasta Bakım Hizmetleri

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, MEGEP (2008). Sağlıklı Yaşlanma (Kaynakça İki 11.)

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum Dergisi, 1, 175-202

Tekin, N. (2011). Gelişmiş Bir Dinlenme ve Bakımevi Modelinde Terminal Dönem Yaşlı Olgusu ve Yaşlı Yakınına Destek Programı Örneği. Türk Geriatri Dergisi, 14, 273-275

Tel, H., Güler, N., Tel, H. (2011). Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 59-67

The Associated Press and NORC. (2014). Long Term Care In America: Expectations and Reality. The Associated Press-NORC Center for Public Affair Research Erişim Tarihi (11.12.2017)

<http://www.longtermcarepoll.org/Pages/Polls/Long%20Term%20Care%202014.aspx>

The Green House Project (2010, April). Home For Success. Erişim Tarihi (11.12.2017)

https://www.thegreenhouseproject.org/application/files/5614/2505/0139/GHP_Value_Proposition_v6.pdf

The Green House Project (2010, April). The Green House Project Guide Book. Erişim Tarihi (11.12.2017)

http://blog.thegreenhouseproject.org/wp-content/uploads/2011/12/THE-GREEN-HOUSE-Project-Guide-Book_April_100413.pdf

The Green House Project (2013). What Informal Caregivers Think about The Green House Project. Erişim Tarihi (01.03.2018)

<http://blog.thegreenhouseproject.org/wp-content/uploads/2013/02/Consumer-Research-1-Pager.pdf>

Tontuş, H.Ö. (2016). Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Ülkeler. Ankara: Sağlık Bakanlığı, SATURK. Erişim Tarihi (13.11.2018)

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/amerika.pdf>

TUİK (2017, Mart). İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. Erişim Tarihi (16.03.2017)

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>

TUİK (2017). Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus (1935-2017). Erişim Tarihi (03.12.2018)

<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

Yaşar Ekici, F. (2014). Türk Aile Yapısının Değişimi ve Dönüşümü ve Bu Değişim ve Dönüşüme Etki Eden Unsurların Değerlendirilmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 30, 209-224

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2008). T.C. Resmi Gazete, 26960, 7 Ağustos 2008.

Yavuzer, H., Beğer, T. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25, 1

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını

Yıldırım, H. H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları

Zimmerman, S., Shier, V., Saliba, D. (2014). Transforming Nursing Home Culture: Evidence For Practice and Policy. *Gerontologist*, 54, 1-5

Zimmerman, S., Cohen, L. W. (2010). Evidence Behind The Green House and Similar Models of Nursing Home Care. *Aging Health*, 6, 717-737

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA GERONTOLOJİK EV KONSEPTİ (3)

ORJİNALLİK RAPORU

%5 BENZERLİK ENDEKSİ	%4 İNTERNET KAYNAKLARI	%1 YAYINLAR	%3 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	mertumitaslan.com İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
3	eyh.aile.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	www.asosjournal.com İnternet Kaynağı	<%1
5	www.shcek.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	KARĞIN, Mahmut and AKTAŞ, Rabia. "Türkiye muhasebe standartlarına göre raporlanmış nakit akış tablosu ve analizi", Muhasebe ve Finansman Öğretim Üyeleri Derneği (MUFAD), 2011. Yayın	<%1
7	KILIÇ, Ümmühan and ŞELİMEN, Deniz.	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	LALE	Soyadı	TUNÇEL
Doğ.Yeri	İSTANBUL	Doğ.Tar.	20.08.1990
Uyruğu	TC	TC Kim No	55495037604
Email	lafe.tuncel@ozu.edu.tr	Tel	0536 745 04 42

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD	2019
Lisans	Özyeğin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü	2013
Lise	FMV Nişantaşı Işık Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Stajyer, Müşteri Temsilcisi	Medina Turgul DDB	08/2012-09/2012
2.	Stajyer, Restorant İşletmeciliği	La Brise Brasserie	08/2011-09/2011
3.	Stajyer, Muhasebe	Entez Menkul Değerler A.Ş.	07/2011-08/2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	Çok iyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	67,26888	68,20521	68,70368
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
Microsoft Access	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Oyun Stüdyosu – Tüketici Davranışı Analizi Araştırma Projesi, Proje Ekip Üyesi (10/2012 – 12/2012).

İş Planı Projesi: ilacimigedir.com – Bus 102 Dersi, Proje Ekip Üyesi (01/2009 – 06/2009).

2010 FIBA Dünya Basketbol Şampiyona'sında gönüllü olarak çalışıldı.

Akatlar Lions Kulübü Sponsorluğunda Gençler Arası Öğrenci Değişim Programı ile Danimarka'da Yaz Kampı Programın'a katılım.

Çağdaş ve Bağımsız Yardımlaşma Derneği – Çaba Genç Üyesi (2016- Devam Ediyor)

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Spor: Fitness, Yüzme

Sosyal Yardım: Çağdaş ve Bağımsız Yardımlaşma Derneği (ÇABA) Genç Üyesi



