



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu KIRGIN TOPRAK

Doktora Tezi

Ankara, 2024

TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLAR AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu KIRGIN TOPRAK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Duygu Kırgın Toprak tarafından hazırlanan "Türkiye'de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 18/01/2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)

[Prof. Dr. Bayram ŞAHİN] (Danışman)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Üye)

Prof. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

Doç. Dr. Ahmet KAR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

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

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

18/01/2024

Duygu KIRGIN TOPRAK

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

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

Duygu KIRGIN TOPRAK

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmanın her aşamasında bilgi ve desteğe ihtiyaç duydum. Öncelikle, bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve deneyimi ile bana rehber olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Bayram ŞAHİN hocama çok teşekkür ederim. Çalışma süresince görüş ve önerileriyle çalışmaya katkı veren Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Prof. Dr. Oğuz IŞIK, Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU ve Prof. Dr. Yusuf ÇELİK hocalarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca ilerlemem için beni motive eden ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Emel PEKÇETİN, Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN, Umut Pınar BÜYÜKKAYEER ve Oya TANYERİ'ye, eşim Yasin TOPRAK'a, kardeşim Salih Özkan KIRGIN'a ve Doç. Dr. Mustafa ÇOBAN'a gönülden teşekkür ederim.

Bana araştırma hevesini aşılayan, hep yanımda olup güç veren annem Neziha KIRGIN'a, dualarıyla beni yüreklendiren babam Zeki KIRGIN'a, annem Zeliha ÖZKAN'a ve ikinci annem Hava TOPRAK'a çok teşekkür ederim. Emeklerinin hakkını vermek için sabırla çalışmaya devam edeceğime söz veriyorum.

Son olarak, bu çalışmaya katkı veren ve çalışmanın yapılmasını destekleyen tüm katılımcılara teşekkürü bir borç biliyorum.

ÖZET

KIRGIN TOPRAK, Duygu. *Türkiye’de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2024.

Yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların öncelikli sağlık sorunu haline gelmesi gibi nedenlerle toplumların uzun süreli bakım (USB) ihtiyacı artmaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin farklı paydaşların (yöneticiler, hizmet sunan ve alanlar) bakış açısıyla ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmada nitel ve nicel araştırma yaklaşımları kullanılmıştır. Çalışmanın birinci aşaması olan nitel araştırma kısmında USB alanında yönetici ve uzman olan 20 katılımcının Türkiye’de USB hizmetlerine ilişkin görüşleri derinlemesine görüşme tekniğiyle araştırılmıştır. Çalışmanın ikinci aşaması olan nicel araştırma kısmında ise birinci aşamadan elde edilen bulgulara dayalı olarak geliştirilen anket formu USB çalışanlarına (n=310) ve hizmet alanlara (n=126) uygulanmıştır. Çalışanlar ile hizmet alanların USB alanındaki sorunlara ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği, hizmete erişim, hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler, hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Çalışanlarla hizmet alanların USB alanındaki sorunların çözümüne ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında; kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği, hizmete erişim, uzmanlaşmış bakım hizmetleri, hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler, hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırma sonuçlarının USB alanında alınacak politik kararları ve USB hizmeti sunan kurum yöneticilerin yönetsel kararlarını desteklemekte önemli veri ve bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Uzun Süreli Bakım, Paydaş Değerlendirmesi, Karma Yöntem

ABSTRACT

KIRGIN TOPRAK, Duygu. *Evaluation of Long Term Care in Terms of Stakeholders in Turkey* Doctoral Thesis, Ankara, 2024.

Societies' need for long-term care (LTC) has been increasing due to reasons such as the increase in the elderly population and chronic diseases becoming a priority health problem. The aim of the study is to reveal the problems and solution suggestions in the field of LTC services in Turkey from the perspective of different stakeholders (managers, service providers and recipients). The study was conducted with mixed method. In the qualitative research part, which is the first phase of the study, the opinions of 20 participants, who are managers and experts in the field of LTC, regarding their work and LTC services in Turkey were investigated using the in-depth interview technique. In the second phase of the study, the quantitative research section, a questionnaire was developed for employees and service recipients with the information from the survey form developed based on the findings obtained from the first phase. After the content validity analysis of the questionnaire was performed, it was applied to employees (n=310) and service recipients (n=126). When the opinions of service providers and recipients regarding the problems experienced in the field of LTC are compared; there are significant differences in terms of the adequacy of institutional care services, access to services, sustainability of the service and primary caregivers and the service recipients' participations in decisions/satisfaction ($p<0.05$). When the opinions of service providers and recipients regarding the problems experienced in the solution suggestions of LTC are compared; there are significant differences in terms of the adequacy of institutional care services, access to services, specialized care services, sustainability of the service and primary caregivers and the service recipients' participation in decisions/satisfaction ($p<0.05$). It is thought that the results obtained from the research will provide important data and information to support the political decisions to be taken, especially in the field of LTC, and the managerial decisions of public and private institution managers providing LTC services.

Keywords

Long Term Care, Stakeholder Assessment, Mixed Method

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xvi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ.....	4
1.1. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN TANIMI VE TÜRLERİ	4
1.1.1. Kurumsal Bakım Hizmetleri	8
1.1.2. Toplum Temelli Bakım Hizmetleri	9
1.1.3. İnformal Bakım Hizmetleri	10
1.2. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ.....	12
2. BÖLÜM: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLARI	18
2.1. POLİTİKA BELİRLEYİCİLER	21
2.2. USB HİZMETLERİNDE ÇALIŞANLAR	22
2.3. TOPLUM VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİ	24
2.4. USB HİZMETİ ALANLAR	25
3. BÖLÜM: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ ÜLKE UYGULAMALARI	28
3.1. ANGLO-SAKSON ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ.....	41
3.1.1. İngiltere’de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	42
3.1.2. ABD’de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	46
3.1.3. Kanada’da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	51
3.2. İSKANDİNAV ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ.....	55

3.2.1. İsveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	56
3.2.2. Norveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	60
3.3. KITA AVRUPASI'NDA UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ.....	64
3.3.1. Almanya'da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	64
3.3.2. Hollanda'da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	71
3.4. DOĞU AVRUPA ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ	76
3.4.1. Rusya'da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	76
3.5. UZAK DOĞU ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ	81
3.5.1. Japonya'da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri	82
3.5.2. Güney Kore'de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.....	85
3.6. TÜRKİYE'DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ.....	89
4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	99
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	99
4.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI.....	100
4.3. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ ve HİPOTEZLER.....	102
4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	103
4.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	105
4.6. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ	105
4.6.1. Kalitatif Veri Derleme Aracı	106
4.6.2. Kantitatif Veri Toplama Aracı.....	107
4.7. ETİK BEYANI	110
4.8. VERİLERİN ANALİZİ	110
4.8.1. Geçerlilik Analizi.....	113
4.8.1.1 Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) Bulguları.....	113
4.8.2. Güvenilirlik Analizi	120
5. BÖLÜM: BULGULAR.....	123
5.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARA İLİŞKİN	123
TANIMLAYICI BULGULAR	123
5.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNE	127
İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR.....	127
5.2.1. Katılımcıların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşleri	127

5.2.2. Katılımcıların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşleri	137
5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	147
5.4. KATILIMCILARIN TÜRKİYE’DE SUNULAN USB HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ İLE İLGİLİ DİĞER GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ	199
5.5. KALİTATİF GÖRÜŞMELERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR	203
6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	238
7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	266
KAYNAKÇA	278
EK 1. GÖRÜŞME YÖNERGESİ	309
EK 2. ETİK KURALLAR	310
EK 3. GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU	311
EK 4. ETİK KOMİSYON İZNİ.....	312
EK 5: ETİK KURUL İZNİ	313
EK 6: UYGULANAN ANKETLER	314
EK 7: İDARİ İZİN	326
EK 8: TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....	327

KISALTMALAR DİZİNİ

AALTCI	: American Association for Long Term Care Insurance
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACL	: Administration for Community Living
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AHCA	: The American Health Care Association
ASHB	: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
ATT	: Acil Tıp Teknikeri
BBV	: Hizmetin sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler
Cum.Başk.	: Cumhurbaşkanlığı
Ç.Ö.	: Çözüm Öneri
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DW	: Durbin Watson
EB	: Evde Bakım Hizmetleri
ECFs	: Extended Care Facilities
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
GSYH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	: International Classification of Functioning, Disability, Health
ILO	: International Labour Organization
KBYeterlilik	: Kurumsal Bakımın Yeterliliği
KBYuku	: Kurumsal Bakımın Yüğü
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KK	: Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/ Memnuniyet
KMO	: Kaiser Meyer Olkin Test
NHS	: National Health Statistics
OBRA	: Omnibus Budget Reconciliation Act
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
R.G.	: Resmî Gazete

SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
STK	: Sivil Toplum Örgütleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UBH	: Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri
USB	: Uzun Süreli Bakım
WHO	: World Health Organization
yy.	: Yüz Yıl



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Seçilmiş Ülke Örneklerinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (1970-2021 Yılları Arası).....	35
Tablo 2. Ankara İlinde USB Hizmeti Sunan Merkezlere Ait Bilgiler	104
Tablo 3. USB Alanındaki Paydaşlar ve Veri Toplama Yöntemi.....	106
Tablo 4. Derinlemesine Görüşme Yapılan Paydaşlar.....	106
Tablo 5. Anket Çalışmasında Kullanılan Soru Kağıtlarına İlişkin Genel Bilgiler	109
Tablo 6. Anket Uygulamasına Katılanlara Ait Bilgiler.....	109
Tablo 7. USB Alanında Karşılaşılan Sorun Alanlarına Ait Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	117
Tablo 8. USB Alanında Karşılaşılan Sorunlara Ait Çözüm Önerileri Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	119
Tablo 9. Araştırmada Kullanılan Soru Kağıdının Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	122
Tablo 10. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	124
Tablo 11. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	128
Tablo 12. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular.....	133
Tablo 13. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	137
Tablo 14. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	143
Tablo 15. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	148
Tablo 16. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	152
Tablo 17. Bağımsız Değişkenler Arası İlişki Katsayıları.....	156
Tablo 18. USB Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	157

Tablo 19. USB Alanında Çalışanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	159
Tablo 20. USB Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakımın Yüğü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	160
Tablo 21. USB Alanında Çalışanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	162
Tablo 22. USB Alanında Çalışanların “Standartlar ve İş Doyumu” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	163
Tablo 23. USB Alanında Çalışanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	164
Tablo 24. USB Alanında Çalışanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	166
Tablo 25. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	167
Tablo 26. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	169
Tablo 27. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakımın Yüğü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	170
Tablo 28. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	171
Tablo 29. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	173
Tablo 30. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	174

Tablo 31. USB Bakım Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	176
Tablo 32. USB Alanında Çalışanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	178
Tablo 33. USB Alanında Çalışanların “Kurumsal Bakımın Yüğü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	180
Tablo 34. USB Alanında Çalışanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	182
Tablo 35. USB Alanında Çalışanların “Evde Bakım Hizmetlerine” Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	183
Tablo 36. USB Alanında Çalışanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	185
Tablo 37. USB Alanında Çalışanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/ Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	187
Tablo 38. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	188
Tablo 39. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	190
Tablo 40. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Kurumsal Bakımın Yüğü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	191
Tablo 41. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	193

Tablo 42. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Evde Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	194
Tablo 43. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular	196
Tablo 44. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Kararlara Katılım ve Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular.....	197
Tablo 45. Katılımcılara Göre Türkiye’de USB Hizmetlerinde Yaşanan “Diğer” Sorunlar	199
Tablo 46. Katılımcılara Göre Türkiye’de USB Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlara İlişkin “Diğer” Çözüm Önerileri	201
Tablo 47. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlar Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular.....	204
Tablo 48. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular	228

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. 65 Yaş ve Üzerinde USB Hizmeti Alan Grubun Oranı (2007-2017 Yılları Arası).....	26
Grafik 2. USB Hizmeti Alanların Yaş Ortalaması (2007-2017 Yılları Arası).....	26
Grafik 3. Seçilmiş Ülke Örneklerinin Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri	34
Grafik 4. Dünya Geneline GSYH içinde Toplam Sağlık Harcamalarının Oranı (%)..	37
Grafik 5. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Dolar Cinsinden).....	38
Grafik 6. GSYH İçinde USB Harcamalarının Oranı (2019 Verileri)	40
Grafik 7. Bakım Hizmet Modeline Göre USB Harcamalarının Dağılımı (2019 Verileri)	41
Grafik 8. İngiltere’de 90 Yaş ve Üstü Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	43
Grafik 9. ABD’de 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	48
Grafik 10. Kanada’da 85 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	53
Grafik 11. İsveç’te 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi.....	57
Grafik 12. Norveç’te Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	61
Grafik 13. Almanya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi.....	66
Grafik 14. Hollanda’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi.....	73
Grafik 15. Rusya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	78
Grafik 16. Japonya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi	83
Grafik 17. Güney Kore’de 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi.....	87
Grafik 18. Türkiye’de Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi.....	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya Nüfus Piramidi (1950-2050)	33
Şekil 2. İngiltere Nüfus Piramidi (2023 yılı)	42
Şekil 3. Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Piramidi (2023 yılı)	47
Şekil 4. Kanada Nüfus Piramidi (2023 yılı).....	52
Şekil 5. İsveç Nüfus Piramidi (2023 yılı)	56
Şekil 6. Norveç Nüfus Piramidi (2023 yılı).....	60
Şekil 7. Almanya Nüfus Piramidi (2023 yılı)	65
Şekil 8. Hollanda Nüfus Piramidi (2023 yılı)	72
Şekil 9. Rusya Nüfus Piramidi (2023 yılı).....	77
Şekil 10. Japonya'nın 2020 ve 2050 Yıllarına Ait Nüfus Piramitleri.....	82
Şekil 11. Güney Kore Nüfus Piramidi (2023 yılı)	86
Şekil 12. Türkiye Nüfus Piramidi (2023 yılı)	90
Şekil 13. Araştırma Basamakları	101

GİRİŞ

Son yıllarda nüfusun artması ve yaşlanması, kronik hastalıkların öncelikli sağlık sorunu haline gelmesi, kadınların çalışma hayatında daha etkin ve daha fazla rol alması, kültürel ve sosyal değer anlayışındaki değişiklikler ile bireysel ve toplumsal beklentilerin giderek artması gibi nedenlerle toplumların uzun süreli bakım (USB) ihtiyacı giderek artmaktadır. USB hizmetleri; bireyin sağlık problemleri ya da yaşı nedeniyle, profesyonel kişilerden ya da yakınından, evinde ya da kurumsal bir mekânda belirli bir süre veya sürekli olarak bio-psiko-sosyal ihtiyaçları gözetilerek günlük yaşam aktivitelerinde ve sağlık hizmetlerinde destek almasıdır. Tanımda kısaca değinildiği gibi bireyin süreli (3-6 ay) veya sürekli olarak gündelik yaşamından uzak kalmasına sebep olabilecek akut veya kronik sağlık problemlerinde ve çocukluk, gençlik, yaşlılık veya ileri yaşlılık gibi farklı yaşam döngülerinde USB hizmetlerine ihtiyaç doğabilmektedir.

Uzun süreli bakımın dikey ve yatay organizasyon şemasına bakıldığında dikeyde sağlık bakımı ve sosyal hizmet, yatayda ise teknoloji temel alınarak evde bakım, gündüz bakım ve yatılı kurumsal bakım yer almaktadır. USB ihtiyacında olan bireyin bahsi geçen organizasyon yapısı içinde kendisine uygun hizmeti alabilmesi için bireyin ihtiyaçları, finansal durumu ve hizmetlere erişilebilirlik durumu tanımlanmalıdır. Bireyin ihtiyaçları tanımlanırken neleri yapmakta zorlandığı ancak neleri yapması gerektiği, ortaya çıkan boşlukları tamamlamada kimlerden ve ne şekilde destek gördüğü gibi bazı temel alanların belirlenmesi gerekmektedir.

Konuya Türkiye açısından bakıldığında, USB hizmeti veren yatılı kuruluşların hizmet sunum şekli ve hizmetin kapsamı kuruluşun bağlı olduğu kuruma göre değişmektedir. USB hizmetlerinde kurumsal anlamda paydaşlar Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Sağlık Bakanlığı (SB) ve yerel yönetimlerdir. USB hizmetlerinde kurumsal bakımı ve evde bakımı düzenleyici ve denetleyici kurum ASHB'dir. SB, USB'nda evde sağlık hizmeti ve palyatif hastaneleri ile hastanelerin palyatif birimlerinde bakım hizmeti

sunmakla yetkili kurumdur. Yerel yönetimler ise daha çok evde bakım alanında evde destek hizmetleri sunmaktadır.

Türkiye’de USB hizmetlerinin önemli bir yönünü oluşturan kurumsal bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde; yapılan çalışmaların daha çok bakım verenler (Hendekçi ve Uğur, 2020; Berkman, 2019; Korkut, 2017), bakımın yükü (Işıkhani, 2018; Bademli ve Duman, 2013; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012; Arslantaş ve Adana, 2011; Atagün vd., 2011) ve bakım hizmeti alanların yaşam kalitesi (Özgöbek, 2019; Özer ve Karabulut, 2003) gibi konular ile ilgili olduğu görülmüştür. Ancak, bu çalışmalarda Türkiye’de USB alanında yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin sistem düzeyinde geniş kapsamlı olarak ele alınmadığı bilinmektedir. Diğer yandan, USB alanında yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin yöneticiler, hizmeti sunan ve alanlar açısından farklı düzeylerde algılanması ya da önemsenmesi söz konusu olabileceği için kurumsal bakım hizmetlerinde yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin farklı paydaşlar tarafından değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu nedenle, bu çalışmada USB alanında yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin farklı paydaşların görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır. Böylece Türkiye’de USB alanında çalışan yönetici ve uzmanların konu ile ilgili değerlendirmeleri ile yatılı kurumsal bakım veren kuruluşlarda çalışanlar ve hizmet alanların değerlendirmeleri tespit edilerek USB hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde alınacak kararlar için veri ve bilgi sağlanacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde USB hizmetlerinin tanımı ve türleri ile USB hizmetlerinin tarihçesi ortaya konulmuştur. İkinci bölümde USB Hizmetlerinin paydaşları olan politika belirleyiciler, USB hizmetlerinde çalışanlar, toplum ve sivil toplum örgütleri ile USB hizmeti alanlar incelenmiştir. Üçüncü bölümde USB hizmetleri ülke uygulamaları incelenmiş, Anglo-Sakson Ülkelerinde USB hizmetleri, İskandinav Ülkelerinde USB hizmetleri, Kıta Avrupa’sında USB hizmetleri, Doğu Avrupa Ülkelerinde USB hizmetleri, Uzakdoğu Ülkelerinde USB hizmetleri ve Türkiye’de USB hizmetleri konularına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi, beşinci

bölümde bulgular, altıncı bölümde tartışma, yedinci bölümde ise sonuçlar ve öneriler kısımları yer almaktadır.



1. BÖLÜM

UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Çalışmanın bu bölümünde USB ve USB hizmetleri kavramları, USB hizmetlerinin türleri ve tarihsel süreçte gelişimi incelenmiştir.

1.1. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN TANIMI VE TÜRLERİ

Bakım kelimesi, kelime anlamı olarak bakma işi; bir şeyin iyi bir şekilde gelişmesi ve/veya iyi durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme gibi günlük yaşam faaliyetlerindeki gereksinimlerini sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, t.y.). Sosyal politika kavramı olarak bakım, kendi kendine kişisel iyilik halini ve sağlığını düzenleyemeyecek durumda olan çocuk, yaşlı veya çeşitli rahatsızlıklar sebebiyle engelli olan kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere sunulan hizmetlerdir (Gökbayrak, 2009:59; Bal, 2016). Bu hizmetler günlük yaşam aktivitelerini (GYA) destekleyici yönde sunulan hizmetler ile nakdi veya ayni destekleri de içerebilmektedir. Bakım işi, hizmet etme boyutuyla ele alındığında sunulacak bakım hizmetinin süresi önemli bir parametre olmaktadır. Süreye göre sunulacak bakım hizmetinin içeriği değişmektedir. Bu bağlamda bakım hizmetleri kısmi/kısa süreli ve uzun süreli/süresiz bakım hizmeti olarak ikiye ayrılmaktadır.

Kısa süreli bakım hizmeti (short term care), yaralanmaya veya hastalığa bağlı geçirilen bir operasyon sonrasında veya iyileşmesi beklenen başka bir tıbbi durumun ardından ihtiyaç duyulan geçici süreli bakım hizmetidir. Kısa süreli bakım hizmeti, Avustralya’da kısa süreli onarıcı bakım (short term restorative care) ve geçiş bakım (transition care), İngiltere ve Amerika’da geçici bakım (respite care) ve geçiş bakım (transition care) olarak evde veya konu ile ilgili çalışan kurumlarda sunulmaktadır. Genel olarak kısa süreli bakım hizmet türü birkaç hafta, birkaç ay veya tedavi edilen durumun iyileşme sürecine bağlı olarak daha uzun sürebilmektedir. Williams ve arkadaşları (2014) kısa süreli bakım hizmetini -Kanada ölçeğinde, kronik bir hastalığa veya duruma bağlı olarak sunulan

süresi iki yıldan kısa süren bakım hizmetleri; uzun süreli bakım hizmetlerini (USB) ise iki yıldan uzun sunulan bakım hizmetleri olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2022), uzun süreli bakım hizmetini zihinsel, fiziksel bir hastalık veya engellilik sebebiyle içsel kapasitesinde kayıp yaşayan bireylerin fonksiyonel kapasitelerini geliştirebilmeleri için kişisel, sosyal ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sunulan hizmetler bütünü olarak tanımlamaktadır. Buna göre bireylerin USB kapsamında ihtiyaçlarının karşılanması bazılarını hizmet almadan önceki durumlarına göre daha az bağımlı hale getirirken, bazılarında devamlı bakım ihtiyacı şeklinde devam edebilmektedir.

DSÖ'nün güncel USB hizmet tanımına baktığımızda USB'nin daha geniş ölçekli olarak ele alındığı görülmektedir. Oysa USB hizmetleri genel anlamda yaşlılık veya engelliliğe bağlı olarak bireyin yaşamı boyunca ihtiyaç duyduğu bakım hizmeti olarak görülmektedir. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), USB hizmetlerini “yaşlanma ve uzun süreli bakım” olarak ele almış ve şu şekilde açıklamıştır: “insanlar yaşlandıkça, yıkanma ve giyinme gibi günlük faaliyetlerde veya temizlik ve yemek pişirme gibi ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artar. Bazı tıbbi bakım türleri ile birlikte bu tür destekler uzun süreli bakım olarak adlandırılır” (OECD, 2013). Yine OECD (2005)'e göre USB; temel günlük yaşam aktivitelerinde başkasının yardımına muhtaç olan bireyler için uzun süre boyunca gerekli olan hizmetlerdir. European Commission da USB'ı yaşlılığa bağlı olarak ele almıştır. European Commission (2021a) yaşlı nüfusa yönelik “Uzun Süreli Bakım Raporu”nda USB'ı, “kırılganlık ve/veya engellilik sebebi ile zihinsel ve/veya fiziksel kısıtlılıkları olan bireylerin uzun süre boyunca desteklenmesi için gerekli olan hizmetler” olarak tanımlanmaktadır (European Commission, 2021a). Rapora göre USB hizmeti, GYA'ne yönelik olmakla birlikte bireyin durumuna göre hemşire bakımını da kapsamaktadır. USB içinde desteklenmesi gereken GYA'ni temel günlük yaşam aktiviteleri (banyo yapma, giyinme, yemek yeme, yataktan sandalyeye transfer, yürüme, kişisel hijyen, tuvalet bakımı vb.) ve kişinin bağımsız yaşamasını sağlayacak enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri (yemek hazırlama, para yönetimi, alışveriş, ev işleri, telefon kullanma vb.) olarak değerlendirmek gerekmektedir.

USB hizmetlerini tanımlarken konunun iki önemli boyutu vardır. Birincisi bireyin GYA temelindeki bağımlılık durumu, ikincisi bireyin yaşam koşullarının sosyo-ekonomik boyutu ile belirlenmesi durumudur. Bireyin temel kişisel bakım becerileri konusunda ne şekilde desteklenmesi gerektiğinin tespiti için GYA’nde bağımlılık seviyesi tespit edilmelidir. Ayrıca, hemşire bakımı gerektiren hallerde hemşire bakım planları ve tıbbi bakım planları oluşturulmalıdır. Bu haliyle USB, sağlık bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Ancak bireyin yaşam koşullarının sosyo-ekonomik olarak incelenmesi ve buna bağlı olarak hangi hizmetlere ihtiyaç duyduğunun belirlenmesi süreci konunun sosyal hizmetler boyutunu oluşturmaktadır. Bu bağlamda USB hizmetleri, sağlık bakım boyutu ve sosyal hizmet boyutu ile birlikte değerlendirilmelidir. DSÖ (2022) de USB’da sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre edilmesine vurgu yaparak, konuyu USB hizmetlerinin amaç ve ilkelerine yansıtmıştır. DSÖ’ne (2022) göre USB hizmetlerinin amacı; sınırlı veya azalan işlevsel yetenekleri olan bireylerin ayrımcılığa uğramadan mümkün olduğunca bağımsız, güvenli ve yaşam kalitelerini artıracak şekilde yaşamalarını desteklemek olmalıdır. Bu amaç için sunulması gereken USB hizmetleri şu şekilde olmalıdır;

- Bireylerin ve toplumun bakım ihtiyacına cevap verebilmek için sağlık ve sosyal destek hizmetleri birbirine entegre halde ve süreklilik arz edecek şekilde sunulmalıdır.
- İhtiyaç sahibi bireylerin, onların yakınlarının, bakım verenlerin ve toplumun sahip olduğu değerlere ve tercihlerine uygun olmalıdır.
- Hizmetin organizasyonu yapılırken hizmet kullanıcılarının, yerel sosyal ağlar ile bağlantılı olmaları sağlanmalıdır.

USB hizmetleri toplum dinamiklerinde yaşanan sosyal, ekonomik ve kültürel değişimlerden de yüksek seviyede etkilenmekte ve ülkelerin refah tipolojilerine göre şekillenmektedir. USB hizmetlerinin sosyal politika ve refah boyutundan etkilenme hali “Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Ülke Örnekleri” bölümünde incelenmiştir.

USB hizmetleri mekâna bağlı olarak yatılı kuruluşlarda, gündüz hizmet sunan gündüz yaşam merkezlerinde veya kişinin evinde evde bakım hizmeti olarak sunulmaktadır. Yatılı bakım veren kuruluşlarda ve gündüz yaşam merkezlerinde sunulan hizmetler

kurumsal bir yapı dahilinde sunulması itibari ile formal bakım adı altında toplanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ise formal olarak profesyonel evde bakım hizmetleri kapsamında sunulabildiği gibi, informal olarak aile ve yakınlar tarafından da sunulabilmektedir. Bu kapsamda bakım hizmetleri, formal ve informal bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Formal bakım, sağlık ve sosyal bakım sistemi içinde kabul gören kurumsallaşmış bakımdır. Formal bakımda hizmeti sunan ve hizmeti alan arasında bir sözleşme ilişkisi söz konusudur. İnformal bakım ise bakım ihtiyacı olan bireyin aile üyeleri, yakınları veya bağımsız gönüllüler tarafından sunulan bakımdır (Bolin vd., 2008). Türkiye’de aile üyeleri ve yakınlar tarafından sunulan informal bakımın yanında bir de yurt dışından gelen ve kayıt dışı olarak çalışan bakıcılar (yabancı uyruklu bakıcılar) bulunmaktadır. 2015 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan düzenleme (01.04.2015 tarihli 29313 sayılı resmî gazete Ev Hizmetlerinde 5510 Sayılı Kanun’un Ek 9’uncu Maddesi Kapsamında Sigortalı Çalıştırılması Hakkında Tebliğ) ile ev hizmetlerinde çalışanların sosyal güvenlik sistemine dâhil olması öngörülmüş, kayıt dışı çalışmanın önüne geçilmeye çalışılmıştır (Özmete ve Hussein, 2017). Ancak yabancı bakıcıların informal bakım verme sebebi kayıt dışı çalışmalarının yanında, yaşlı ve engelli bakımı ile ilgili Türkiye’de kabul görmüş sertifikalı bir eğitime sahip olmamalarıdır. Sertifikasız bakıcılar konusu çalışmanın “Tartışma” bölümünde irdelenmiştir.

Yukarıda da bahsedildiği gibi USB hizmet modelleri, bakım hizmetinin formal veya informal olma durumuna göre sınıflandırılmaktadır. Kurgulanan bakım hizmet modelleri şu şekilde sınıflandırılabilir,

- 1) Formal bakım hizmetleri
 - a. Kurumsal bakım (institutional care)
 - i. Huzurevleri (assisted living facilities/retirement homes),
 - ii. Yaşlı bakım evleri (nursing homes),
 - iii. Engelli bakım merkezleri (nursing homes),
 - iv. Palyatif bakım merkezleri (palliative care centers, hospice)
 - b. Toplum temelli bakım (community-based care)
 - i. Profesyonel evde bakım hizmetleri (Professional home care)
 - ii. Gündüz yaşam merkezleri (day care)

- 2) İnfomal bakım hizmetleri
 - a. İnfomal evde bakım hizmetleri

Buna göre formal bakım sunulan hizmetin niteliğine göre kurumsal bakım ve toplum temelli bakım olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

1.1.1. Kurumsal Bakım Hizmetleri

Kurumsal bakım, barınma ve bakım ihtiyacı olan bireylere yönelik fiziksel ve psiko-sosyal destek hizmetlerinin sunulduğu 7 gün 24 saat esasına dayalı olarak çalışan yatılı bakım kuruluşlarında sunulan bakım hizmetleridir (Tuinman, 2021). Yatılı bakım hizmeti sunan merkezler bireylerin bakım ihtiyacına ve bireyin engelli veya yaşlı olma durumuna göre sınıflandırılmaktadır. Buna göre hafif destek ihtiyacı olan yaşlılar için huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılar için yaşlı bakım evleri, engelliler için engelli bakım evleri, yatağa bağımlı bireyler, ilerlemiş Alzheimer/Demens hastası yaşlılar için palyatif bakım merkezleri, terminal dönemdeki bireyler için yaşam sonu destek hizmetlerinin sunulduğu palyatif bakım merkezleri veya hospisler yatılı bakım hizmeti sunmaktadır.

Huzurevleri, kişisel bakımında ve ilaç uygulamalarında destek ihtiyacı olan bireylerin güvenli bir yerde 24 saat esasına göre ev işlerinde, yemek konularında ve desteğe ihtiyacı olan her konuda hizmet aldığı sosyal ve rekreasyonel aktivitelerin yapıldığı merkezlerdir (Hawes vd., 2003). Huzurevleri, yaşlı bakım merkezlerine kıyasla daha az bağımlı bireylerin kaldığı GYA'lerine ve Enstrümantel GYA'ne destek hizmetlerin sunulduğu, evde yalnız yaşayanlar için sosyalleşme ve güvenlik imkânı sağlayan mekanlardır. Bakım evleri ise, GYA'lerine destek hizmetleri ile tıbbi bakım ve rehabilitasyon (fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi vb.) hizmetlerinin sunulduğu mekanlardır (Gottesman ve Bourestom, 1974; Tamara Konetzka, 2021). Bakım evleri yaşlılara yönelik hizmet sunuyor ise yaşlı bakım merkezi, engellilere yönelik bakım sunuyor ise engelli bakım merkezi olarak adlandırılır. Engellilere yönelik bakım merkezlerinde yaşlı bakım merkezlerinden farklı olarak, engellilerin istihdamına katılımı gibi sosyal içerme projeleri yapılabilmektedir.

Kurumsal bakım hizmetlerinden olan bir diğer bakım hizmet modeli palyatif bakımdır. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireyleri; fiziksel, psikososyal ve spiritüel olarak değerlendirerek ihtiyaçlarını tanımlama, ağrı ve acıları azaltmak için sedatif tedaviler uygulama ve bu sayede bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik hizmetler bütünüdür (World Health Organization [WHO], 2002; Goldstein ve Morrison, 2005). Palyatif bakım, sıklıkla yaşam sonu destek hizmetleri ile birlikte anılmaktadır (Albers vd., 2011). Ancak yaşam sonu destek hizmeti diğer adıyla hospis bakımı palyatif bakımın bir alt birimidir. Hospis bakımı, bireyin hastalık seyrine bağlı olarak hekim onayı ile 6 ay veya daha az ömür biçildiği hallerde uygulanan bakım hizmetidir. Burada amaç bireyin kalan ömrünü en az hasarla ve kaliteli bir şekilde geçirmesini sağlamaktır.

Palyatif bakımda birey öncelikle tıbbi olarak değerlendirilir (tıbbi hastalıklar, ilaçlar, beslenme, ağız ve dişler, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans). Bundan sonra psikolojik durumu (bilişsel durum, duygu durum, manevi durum, kaygı ve/veya depresyonun belirlenmesi), fonksiyonel kapasitesini (Günlük Yaşam Aktivitesi [GYA] ve Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri [EGYA]), sosyal durumu (kamu ve/veya özel kurum desteği, ekonomik durum, sosyal ve ekonomik destek gereksinimi) açısından değerlendirilir. Bu değerlendirmeler palyatif bakımının bileşenleridir (Erol ve Ergün, 2019). Palyatif bakım, USB modelleri içinde en kapsamlı tıbbi bakımın olduğu hizmet türüdür. Diğer USB hizmet modellerinden farklı olarak palyatif bakım ve yaşam sonu destek hizmetlerinin tamamı hekim gözetiminde sunulmak durumundadır. Bunun sebebi palyatif bakım merkezlerinde ölüm oranlarının yüksek olmasıdır.

1.1.2. Toplum Temelli Bakım Hizmetleri

Formal bakımın bir diğer formu olan toplum temelli bakım profesyonel evde bakım hizmetleri ve gündüz hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Profesyonel evde bakım hizmetleri bireyin tanıdığı ortamda, yakınlarından uzak kalmadan modern tıbbi bakım hizmetleri ile GYA'lerine destek hizmetleri alabildiği bakım hizmet türüdür. Profesyonel evde bakım, kurumsal bir yapı tarafından, alanında profesyonel kişilerce sunulan evde bakım hizmetleridir (Chiu, 2022). Bu hizmet modeli sağlık hizmetleri ile öz bakım hizmetlerinin yanında evde destek hizmetlerini (yemek hazırlama, temizlik, tamirat vs.)

de kapsayabilmektedir. Profesyonel evde bakım hizmetinin bireyin ve yakınlarının özelliklerine göre bireyin kendi ortamından ayrılmadan bireye özel hizmet olması avantaj olarak görünmekle birlikte bireyin hizmeti sunanlar ve yakınları dışında kimseyle görüşemiyor olması, bir diğer değişle sosyal ağlarının az olması dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (Kempen ve Suurmeijer, 1991). Sosyalleşme konusunda, sosyal ağ desteklerinin güçlü olması sebebiyle gündüz hizmetler, evde bakıma göre daha etkili olmaktadır.

Gündüz hizmetler, yaşamını kendi evinde sürdüren bireylerin, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek, GYA'leri ile EGYA'lerini geliştirecek rehabilitasyon programlarından yararlanmalarını sağlamak ve bu sayede yaşam kalitelerini iyileştirmek için geliştirilen toplum temelli bakım hizmet modelidir (Lunt vd., 2021). Gündüz hizmetler, gündüz yaşam merkezi veya engelli/yaşlı aktif yaşam merkezinde sunulan hizmetlerdir. Gündüz yaşam merkezleri, adından da anlaşıldığı üzere saatlik hizmet sunan merkezlerdir.

1.1.3. İnfomal Bakım Hizmetleri

İnfomal bakım, infomal olarak evde verilen bakım hizmetleridir. İnfomal evde bakım hizmetleri, aile, akraba, komşu veya arkadaşlar tarafından, bakım ihtiyacı olan bireye yönelik olarak verilen bakım türüdür. İnfomal evde bakım, geleneksel bakım olarak da adlandırılabilir. Evde bakım, koruyucu-destekleyici, tedavi edici, rehabilite edici olmaktadır (Ağcasulu, 2021). Ancak geleneksel evde bakımda bu tarz hizmetlerden bahsetmek mümkün olmadığı gibi verilen bakımı formal ölçülerle değerlendirmek de mümkün olmamaktadır. Profesyonel evde bakım hizmetinde, hizmet sunan ve alan arasında karşılıklı kabul edilen bir sözleşmeye bağlı ödeme söz konusudur. İnfomal evde bakım ise ihtiyaç sahibi bireyin yakınları tarafından gönüllü olarak sunulabildiği gibi kayıt dışı ücretli bir bakıcı tarafından da sunulabilmektedir.

DSÖ (2005), Avrupa'da evde bakım hizmetleri konusunda yayınladıkları raporda evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacın devam ederek arttığını belirterek, bu artışı etkileyen başlıca faktörlerin bireylerin tutum ve beklentilerindeki değişiklikler, kamu politika

öncelikleri ve seçimler, ülkedeki demografik değişimler, sosyal değişimler, epidemiyolojideki değişiklikler ve bilimsel ve teknolojik yenilikler olduğunu vurgulamıştır.

Evde bakım politikaları belirlenirken profesyonel evde bakım hizmeti sunanlarla birlikte informal bakıcıları da hesaba katmak gerekmektedir. Ücretler, çalışma saatleri, iş programı gibi konularda çalışanın ve hizmet alanın mağdur olması söz konusu olabilmektedir. Karşılıklı yaşanacak mağduriyetleri gidermek ve yaşlı/engelli istismarını önlemek için yabancı uyruklu bakıcıların resmi ağılara entegre edilmesi ve bu konuda çalışmalar yapılarak mevcut bakım politikalarının geliştirilmesi önem arz etmektedir (Özkul ve Kalaycı, 2018; Tarricone ve Tsouros, 2005).

USB’ a duyulan ihtiyacı daha iyi anlamak için USB hizmetinin tarihsel süreçte gelişimini incelemek faydalı olacaktır. Bu amaçla konu, “1.2.Uzun Süreli bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi” başlığı altında incelenmiştir. Ancak tarihsel süreçte USB hizmetlerinin kurumsal yapı dışında aile içinde veya kimsesi (yakını) olmayanlar için toplum içinde nasıl sunulduğundan bahsedebilecek yazılı kaynaklara ulaşmak mümkün olmamıştır. Başlangıçta bakım verme işi barınmanın, yemek vermenin ve temel sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi olarak görülmüş ve bu ihtiyaçları olan kişilerin bir araya toplanarak hayırseverlerin ve kamunun onlara barınak sağlanması güdüsü ile kurumsallaşmıştır. Bu sebeple USB hizmetlerinin tarihsel gelişimi konusu kurumsallaşan USB bakım hizmetlerinin tarihsel gelişim konusu olarak ele alınmıştır. Ayrıca kurumsal USB hizmetleri, kültürel özellikleri gereği Batı kültüründe daha fazla yer bulmuştur. Bu sebeple yine aynı başlık altında özellikle Batı kültüründe kurumsallaşan USB hizmetlerinden bahsedilmiştir.

Bu noktada bir de USB hizmetlerine olan ihtiyacın tanımlanması konusuna değinmekte fayda vardır. Alan yazına bakıldığında USB hizmetlerine olan ihtiyacın nüfus değişimleri ve kadınların toplum içindeki rol değişimleri ile birlikte arttığı görülmektedir. Buna göre USB hizmetleri özellikle 20 yy. da yaşanan nüfus hızındaki artış, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı olarak nüfusun yaşlanmasının bir sonucu olarak

gelişmektedir. Bu konu sayısal değerler ile birlikte çalışmanın ilerleyen bölümlerinde incelenmiştir.

Diğer yandan kadının çalışma hayatında aktif rol almasının da USB hizmetlerine olan ihtiyacı artırdığı söylenmektedir. Aslında bu konu kadının toplum içindeki rolünün değişmesinden kaynaklanmaktadır. Geleneksel olarak aile içinde bakım verme işi kadınlar tarafından gerçekleştirilir. Ancak kadın; anne kadın, eş kadın, evlat kadın rolünden sıyrılıp birey olarak var olmaya başladığında çalışma hayatındaki rolü de değişmiş ve buna bağlı olarak nüfusun doğurganlık oranlarında da değişimler yaşanmıştır. Konuya bu açıdan bakıldığında kadının çalışma hayatında daha çok rol almasının kurumsal anlamda USB hizmetlerine olan ihtiyacı artırdığı anlaşılmaktadır.

1.2. UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

Yaşlı ve engellilerin güvenliğinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması konuları 19. yy. başlarından itibaren sağlık ve sosyal refah tartışmalarının odağı olmuştur. Yaşlı ve engelli bakımı öncelikli olarak ailenin sorumluluğunda görülmesine rağmen; özellikle Batı dünyasında yoksullara yönelik bakım hizmeti sunulması konusunda hayır kurumlarının ve yerel yönetimlerin etkin olmak zorunda kaldığı görülmektedir. Bu durum 20. yy. ortalarına doğru, dünyada yaşlı nüfusun artışa geçmesi ve kadınların çalışma hayatında daha fazla görünür olması ile değişmeye başlamıştır. Çünkü aile içinde çocuk bakımı gibi yaşlı ve engellinin bakımı da “kadın işi” olarak görülmekte idi (Cengage, t.y.). Hem kadının çalışma hayatındaki rolünün artması hem de yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak ihtiyaç duyulan hizmetlerin çeşitlenmeye başlaması, hükümetleri yeni stratejiler geliştirmek zorunda bırakmış ve hem kamunun hem de özel sektörün bu alana yatırım yapmaya başlamasına neden olmuştur.

USB hizmetlerine yönelik kurumsal bakımın gelişimi ile ilgili literatür taraması yapıldığında en eski yatılı kurumsal bakım örneğinin düşkünler evi (poor houses) olduğu görülmektedir. Düşkünler evi kavramı ilk olarak İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Belediyelerin düşkünler evi sistemini geliştirdiğini ve yoksullar içinden özellikle

çalışamayacak durumda olan hasta yaşlıların bakımını evlerde sağladığı bilinmektedir (Blackmore, 2023).

Amerikan tarihinde de yerel düşkünler evi (local poor houses) sistemi vardır. Amerika’da düşkünler evi sistemi 19 yy.’da yapılanmaya başlamıştır. Burada yerel düşkünler evleri, yerel yönetimlerin ve hayır kurumlarının akıl hastalarını ve kendilerine bakabilecek durumda olmayan yaşlıları bir araya topladıkları yerler olmuştur (Capitmann ve Bishop, 2005). Amerika’daki düşkünler evleri vergi destekli yatılı kuruluşlardır. Bir toplulukta düşkünler evinin kurulabilmesi ve yoksulların ihtiyaçlarının giderilmesi ile ilgili girişimde bulunan gönüllü kişilere yoksulların gözetmeni (overseer of poor) ya da yoksul efendi (poor master) denirdi. Bu kişiler, yoksullar adına kasabanın en yetkili kişisinden yardım isterdi. Kasaba yetkilisi de hayır kurumları ile organize olarak yoksulların barınacakları bir yer kurardı. Ancak düşkünler evinde kalacak kişilerin orada kalma durumları gösterdikleri davranışlara göre değişmekte idi. Şöyle ki; düşkünler evinde kalan ihtiyaç sahibi kişi dilencilik yaparak toplumun huzurunu bozarsa ceza olarak evden çıkarılırdı. Düşkünler evi sisteminin kurumsal bir yapı olduğu günümüz terminolojisi ile şu şekilde açıklayabiliriz. Öncelikle ihtiyaç sahiplerinin tespiti yoksul efendiler tarafından yapılmakta ardından kamunun ve gönüllülerin yardımı ile fiziki yapı oluşturulmaktadır. Ayrıca sisteme dahil olma ve sistem dışında kalma da kurallarla belirlenmiştir.

Düşkünler evi sistemi ile amaç hem topluluk içinde yaşayan yoksulların ihtiyaçlarını gidermek, hem de bu kişilerin kötü alışkanlıklar edinerek toplumun huzurunu bozmasını engellemektir. Bu noktada, düşkünler evi sisteminin aslında yoksulların ihtiyacını gidermek için değil; yoksulların toplum içinde görünmesini önlemek için kurulduğu ve bu sistem ile ihtiyaç sahiplerinin damgalanarak (stigma) toplum dışına itilme ile cezalandırıldığı eleştirisi yapılmaktadır (Blackmore, 2023). Her ne sebeple olursa olsun düşkünler evi sistemi Amerikan iç savaşına (1861-1865) kadar yoksul yaşlı ve engellilere hizmet etmeye devam etmiştir. Amerikan iç savaşından sonra yetim çocuklarının sayısının da artması ile 1875’te devlete bağlı hayır kurumu (State Board of Charities) kurulmuştur (History, 2013). Bu süreç 1929’da yaşanan Büyük Burhan’a kadar devam etmiştir. Büyük Burhan’dan sonra yeterli gelir elde edilemediği için düşkünler evi sistemi bozulmaya başlamıştır. Ancak, bakım ihtiyacı olan yoksul kişilerin sokakta kalma

ihtimalini önlemek için 1935'te Sosyal Güvenlik Yasası (Social Security Act) çıkarılmıştır. Bu yasa ile geliri olmayan yaşlıların ihtiyaç duyduğu bakımı finanse etmek ve onları korumak yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Bu noktada yaşlılara yönelik bakım hizmetleri iki ana kola ayrılmıştır. Birincisi geleneksel yaşlı bakım hizmetinin sunulduğu yatılı kurumsal bakım, diğeri ise daha özellikli hizmetlerin sunulduğu hemşire bakım evleridir (nursing homes).

1950 ve 1953'te Sosyal Güvenlik Kanunu'nda yapılan değişikliklerle birlikte yaşlı bakım evlerinin devlet tarafından belirlenen standartlara göre ruhsatlandırılması söz konusu olmuştur. Kuruluşların ruhsatlandırılması ile birlikte hizmete devam etmeye uygun kalitede olan kuruluşlar kamu gelirlerinden yararlanmak için yerel yönetimler ile sözleşme imzalayabilecekti. Bu durum yaşlı bakım evlerinin kurumsal statü kazanmasında önemli bir adım olmuştur. 1956'da yine aynı kanunda yapılan değişiklikle yerel yönetimlerin, engellilere ve yaşlılara yönelik evde bakımı ve toplum temelli bakım hizmetlerini sunabilmesi için kamu destekleri artırıldı. 1960'larda USB için yapılan kamu harcamaları 280 milyon dolar olmuştur. Bu dönemde USB hizmeti sunan kuruluşların devlet tarafından belirlenen standartlara göre ruhsatlandırılması devam etmiştir. Ancak 1960'a kadar USB standartlarına göre yapılan değerlendirmelerde ülke genelinde yatılı hizmet sunan kuruluşların %44'ünün yangın ve temel güvenlik standartlarını karşılamadığı görülmüştür (Capitmann ve Bishop, 2005). Bu durumun kamuda yarattığı endişe sonucu 1960'ta Kerr Mills Kanunu çıkarılmıştır. Burada tıbben muhtaç (medically needy) tanımı kullanılmıştır. Bu kavram gelir durumu düşük olan veya hiç olmayan ve sağlık bakım ihtiyacı olan kişiler için kullanılan bir kavramdır. Bu kavramın yasa ile tanımlanması ile birlikte yaşlı bakımı sosyal hizmetler boyutundan çıkmış ve daha çok sağlık boyutu ile anılmaya başlamıştır. Bu durum 1. Dünya savaşı sonrası sosyal hizmet girişimlerinin medikal model benimsenerek ele alınmasına sebep olan paradigma değişiminden kaynaklanmaktadır (Öksüz ve Kösmez, 2021).

Kerr Mills Kanunu ile birlikte yoksullara yönelik USB harcamaları daha da artmış ve 1965'te 690 milyona ulaşmıştır (Capitmann ve Bishop, 2005). Ancak kuruluşların beklenen kalitede hizmet sunmama durumu devam etmiştir. Bu durum 1965'te Medicaid ve Medicare programlarının doğuşuna sebep olmuştur. Medicaid düşük gelirli yetişkinler,

çocuklar, hamile kadınlar, yaşlı yetişkinler ve engelliler dâhil olmak üzere milyonlarca Amerikalı için sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır. Medicaid, eyaletler tarafından federal gerekliliklere göre yönetilir. Program, devlet ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir (Kırılmaz vd., 2017). Medicare programı yoksul ve tıbben muhtaç yaşlı ve engellilere yönelik USB hizmetini finanse eden bir programdır. Özetle Kerr Mills Kanunu ile yaşanan bu gelişmeler toplumda ihtiyaç sahibi kişilerin tıbbi olarak desteklenerek kamu yararını artırmakla beraber, bu programlardan yararlanan kesimlerin sosyal damgalanmaya maruz bırakıldığı gerekçesiyle de eleştirilmektedir (Moore ve Smith, 2005).

Medicare programı USB’da iki tip hizmet türünü görmekte idi. Bu hizmetlerden birincisi uzatılmış bakım hizmeti sunan kuruluşlara (extended care facilities - ECFs) yöneliktir. İkincisi 100 günden kısa süreli bakım hizmetlerine yöneliktir. Uzatılmış bakım hizmeti sunan kuruluşlar, akut bakım sürecini tamamlamış ve uzun dönemli tıbbi rehabilitasyon ile hemşire bakımına ihtiyaç duyan kişilere yönelik hizmet sunan kuruluşlardır. Günümüzde bu tanım yerine uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluş kavramı daha çok tercih edilmektedir.

Medicare ödemeleri yapılırken kuruluşların kamu tarafından belirlenen standartları karşılama durumu sorgulanmaktadır. Bu standartlar başlangıçta yangın ve temel güvenlik standartları iken 1970’lerde hemşire bakım evlerinde tespit edilen ihmaller ve istismarlar sebebiyle 1971’de Uzun Süreli Bakım Ombudsman programını geliştirilmiştir. 1974’te USB Senato Alt Komitesi kurulmuş ve bakım evlerinde ilaç, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel kısıtlamanın kullanım durumu araştırılmaya başlanmış ve bunlara yönelik standartlar belirlenmeye çalışılmıştır. Uzun süreli bakım ombudsmanlığının yaşlı hizmetleri programlarının yenilenmesi kararı ile de 1981’de Yaşlı Amerikalılar Kanunu (Older American’s Act) çıkarılmıştır. Bu kanunla hemşire bakımevleri, huzurevleri ve evde bakım hizmetleri yeniden tanımlanmıştır. Bu gelişmelerin ardından 1987’de Torba Bütçe Mutabakatı Kanunu (Omnibus Budget Reconciliation Act [OBRA]) ile uzun süreli bakım hizmeti alanların hakları ve uzun süreli bakım hizmet uygulama süreçlerine yönelik standartları içeren ve kuruluş değerlendirmelerinde kullanılacak Minimum Veri Seti (Minimum Data Set) hazırlanmıştır. Bu girişimlerin temel amacı hizmet alanların

fiziksel, zihinsel ve psiko-sosyal iyilik halinin sağlanmasıdır. Bu dönemde artık USB hizmetlerinde yeni bir paradigma değişimi olduğu ve yeni paradigmanın bireyin biyo-psiko-sosyal sağlığı üzerine kurulu olduğu söylenebilir.

Tüm bu girişimler Amerikan USB tarihinde kaliteli bakım vermeyi geliştirse de ihmal ve istismarın yok edildiği söylenemez. Bu sebeple Medicare ve Medicaid hizmetleri Merkezi (Centers for Medicare and Medicaid Services) 2002 yılında bakım veren kuruluşları birbirleri ile kıyaslayarak değerlendirmeye başlamıştır.

USB'nin bir diğer alanı olan evde bakım hizmetlerinin tarihine baktığımızda ilk önemli kırılım Sanayi Devrimi sonrası yaşanmıştır. Sanayi Devrimi öncesi aileler geniş aile olma eğilimindedir (Ağcasulu, 2021). Sanayi Devrimi sonrasında ise Sanayi devrimini yaşayan bugün gelişmiş ülkeler dediğimiz ülkelerde bireyselleşmenin ön plana çıkması ile birlikte aile kavramı değişime uğramıştır (Cowan, 2013). Bu da toplum içinde yalnız yaşayan yaşlıların artmasına sebep olmuştur. Günümüzde gelişmiş ülkelerde bu durum geçerliliğini korumaktadır. Öyle ki Danimarka'da yaşlıların %42'si, İsveç'te ise %41'i yalnız yaşarken, İspanya, Yunanistan ve Portekiz'de bu oran %17 ile %19 arasında değişmektedir (Cengage, t.y.). Bu da evde bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlere alternatif yaklaşımların/ hizmet sunum modellerinin geliştirilmesi ihtiyacı ile sonuçlanmaktadır.

Yukarıda da değinildiği üzere kadının çalışma hayatındaki rolünün artması çocuk bakımı için kreşlerin ve çocuk gündüz bakım merkezlerinin, yaşlı bakımında ise yaşlı bakım merkezlerinin artmasını gerektirmektedir. Ancak, günümüzde kurumsal bakımın maliyeti giderek artmaktadır. Bu durum bakım hizmetlerinin aile içinde sunulması ile ilgili teşviklerin artmasına sebep olmaktadır. Bu teşvikler ülkelerinin benimsediği refah modeline göre değişmektedir. Konuya “Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Ülke Uygulamaları” bölümünde daha detaylı bir şekilde değinilmiştir. Ancak, burada şuna değinmek gerekir ki; aile içinde evde bakımın teşvik edilmesi, bakımda öncelikli görevli görülen kadınların çalışma hayatından çekilerek yeniden geleneksel role bürünüp ev içi çalışan olmasına sebep olacağı ile ilgili eleştirilere sebep olmaktadır.

Görüldüğü üzere USB hizmetleri sadece ihtiyaç sahiplerinin tespit edilip belli bir hizmet modeli dahilinde bakımının sağlanmasından ibaret değildir. USB hizmetlerinin kapsamı ve geliştirilecek hizmet modelleri toplumun refah durumundan bireylerin gelir durumuna, toplumdaki cinsiyet rollerinden aile yapısına ve kültürel değerlere kadar pek çok faktörden etkilenmektedir.



2. BÖLÜM

UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLARI

Türk Dil Kurumu'na göre paydaş “hissedar” manasına gelmekle birlikte işletme literatüründe işletmenin faaliyetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen gruplardır. Freeman'a (2004) göre işletmenin temel işi, paydaşları için değer üretmektir ve işletmenin temel başarısı paydaşlarının işletme faaliyetlerinden olumlu anlamda etkilenmesine bağlıdır. Bir işletmenin paydaşları genel olarak işletme sahipleri, hissedarları, tedarikçiler, çalışanlar müşteriler, hükümet, rakipler ve sivil toplum ve/veya işletme faaliyetlerinden etkilenen topluluktur.

Genel anlamda paydaşlar iç ve dış paydaşlar olarak iki grupta incelenmektedir. İç paydaşlar, işletmenin faaliyetlerini etkileyen ve bu faaliyetlerden etkilenen işletme içindeki gruptur. İşletme sahipleri, hissedarlar ve çalışanlar işletmenin temel iç paydaşıdır. Dış paydaşlar, işletme faaliyetlerinden etkilenen ve bu faaliyetleri etkileyen işletme dışındaki gruptur. Müşteriler, tedarikçiler, hükümet, rakipler ve toplum dış paydaş gruplardır. Bu sınıflandırmada paydaşlar işletme içinde ve dışında yer almasına göre tanımlanmışlardır.

Ürgen ve Mirze'ye (2013) göre işletme aralarında pay sahiplerinin de bulunduğu tüm paydaşlar tarafından kurulmuş ortak bir girişimdir. İşletme tüm paydaş gruplarının varlığı ile faaliyetlerini sürdürebilir. Bu bağlamda işletmenin tedarik zincirinde yer alan ve işletme ile doğrudan ilişkide bulunan paydaş grubu dar anlamda paydaşlardır. Bu grup ana/birincil paydaşlardır. İşletme sahipleri, hissedarlar, çalışanlar, müşteriler ve tedarikçiler işletmenin birincil paydaşlarıdır. İşletme ile dolaylı olarak ilişkide olan ve işletmeye girdi sağlayan, işletme faaliyetlerinden etkilenen ve işletme faaliyetlerini etkileyen paydaş grup ise ikincil paydaşlardır. Bu durumda resmi makamlar, rakipler ve toplum işletmenin ikincil paydaşlarıdır.

İşletme faaliyetlerinde etkili olan gruplar kendi çıkar ve amaçları doğrultusunda işletmenin görev ve yönetim ilkelerini belirleyerek haklarını güvence altına almak isteyeceklerdir. Bunun için işletmenin paydaş grupları ile devamlı iletişim halinde olması

ve karşılıklı etkileşimleri doğru okuması gerekmektedir. İletişim ve etkileşim kavramları birleştirilerek yönetim (corporate governance) kavramını oluşturmaktadır. Yönetişim anlayışında işletmeler, toplumun sermayesini kullanan birimler olarak değerlendirilmektedir. Bu anlamda bir kurum olarak işletmeler (corporation) toplumun çıkarlarını nasıl gözetmesi gerektiğini ve nasıl yönetilmesi gerektiğini (governance) belirli ilkeler doğrultusunda belirlemelidir. Bu ilkeler ilk olarak 1999 yılında OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri (OECD Principles of Corporate Governance) olarak yayınlanmıştır. Bu ilkeler üst yönetimin işletme faaliyetlerine ilişkin kararları alırken nelere, hangi hususlara dikkat etmeleri gerektiği ile bu hususların nasıl ve hangi mekanizmalar ile değerlendirileceği ve alınan kararların nasıl, ne zaman, kimlere açıklanması gerektiği ile ilgili kurallar toplamıdır (Koçel, 2011). Buna göre OECD Kurumsal Yönetim İlkeleri özet olarak şöyledir (OECD, 2015);

- 1) Etkin kurumsal yönetim çerçevesi tanımlanmalıdır.
- 2) Pay sahiplerinin hakları korunmalı ve tüm pay sahiplerine adil davranılması güvence altına alınmalıdır.
- 3) Yatırım zinciri boyunca sağlıklı teşviklerin sağlanması ihtiyacına bağlı olarak kurumsal yatırımcılar, pay senedi piyasaları ve diğer araçlar ile ilişkiler kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
- 4) İşletmeler, faaliyetlerinden doğrudan etkilenen paydaşlarını/menfaat sahiplerini (ana paydaşları) kanunların uygun gördüğü şekilde tanımlamalıdır.
- 5) İşletmeler, mali durumlarını, mülkiyetlerini, performans raporlarını zamanında ve şeffaf bir şekilde açıklamalıdır.
- 6) İşletmenin tüm stratejik kararları ve faaliyetleri bağımsız bir grup veya kurum tarafından denetlenmelidir.

Bu ilkeleri USB sistemi içinde yer alan işletmeler açısından ele aldığımızda, öncelikle sunulması planlanan bakım hizmet modeli belirlenmelidir. Bu belirleme, hangi hizmet türünün kime, kiminle sunulacağının belirlenmesi ve personel kaynağının yönetilmesi için önemlidir. Ardından işletmenin ana paydaşı olan bakım hizmeti sunan personel ile hizmet alanın menfaatlerini koruyacak şekilde hem maddi konularda hem de hizmet sunum sürecinde güvenliklerinin sağlanması gerekmektedir. USB hizmeti sunan kuruluş,

hizmet sunum sürecinin her aşamasında gerçekleştirdiği faaliyetlerini ana paydaşları ile paylaşmalı ve bu faaliyetler mevzuata uygun olarak resmi makamlarca veya onların uygun gördüğü mekanizmalarla denetlenmelidir.

Bu noktada USB hizmetinde paydaş gruplar kimlerdir? sorusu akla gelmektedir. Yukarıda bahsi geçen işletme paydaş grupları USB hizmetine uyarlandığında USB hizmeti paydaşları da ana/birincil ve ikincil paydaş grup olarak tanımlanabilir. USB hizmetlerinin birincil paydaşları, kuruluş sahipleri, kuruluşlarda çalışanlar, bu kuruluşlardan hizmet alanlar ve tedarikçilerdir. USB hizmetlerinin ikincil paydaşları ise diğer sektör işletmelerinde olduğu gibi resmi makamlar, rakipler ve toplumdur. Ek olarak USB'nin emek yoğun bir hizmet türü olması sebebiyle USB alanında çalışacak insan gücünün yetiştirilmesi önem arz etmektedir. Bu sebeple üniversiteler ve akademisyenler de USB hizmetinin önemli bir paydaş grubunu oluşturmaktadır.

USB hizmetlerinin paydaşları açısından değerlendirilmesi ile ilgili alan yazın incelendiğinde hizmet alan ve yakınları ile kuruluş çalışanlarının mesleklerine ve görevlerine göre ayrılarak her mesleğin veya görev unvanının bir paydaş grup olarak ele alındığı görülmektedir. Örneğin, Drake ve arkadaşları (2019), USB hizmetlerinde paydaşların ihtiyaç değerlendirmesi üzerine yaptıkları çalışmada hizmet alan ve yakınları ile çalışanları temel paydaş olarak ele almış ve çalışanları ön hat personelleri, idari liderlik yapan personel, tıbbi hizmet sağlayan personel olarak incelenmiştir. Wang ve arkadaşları (2019), Hong Kong'da USB talebini otonomi ve tercih esnekliği açısından incelemişler ve USB merkezlerinden hizmet alanları, informal bakıcıları ve sosyal hizmet çalışanlarını paydaş grup olarak almışlardır. Garcia ve arkadaşları (2016), USB kapsamında tıbbi bakım kararlarına hizmet alanların katılım durumunu inceledikleri çalışmalarında hizmet alan, yakınları, hemşireler, doktor, kuruluş yöneticilerini paydaş olarak almışlardır. Ek olarak, Davila (2018), USB'da kalite öncelikleri konusunda paydaşların değerlendirmesi üzerine yaptığı çalışmada hizmet alan ve yakınları, hemşireler, kuruluş yöneticileri ve politika belirleyicileri paydaş grup olarak değerlendirmeye almıştır. Özbabalık ve Sheeren (2017) Demans Bakım Modeli Raporu'nda, bakım işinin bir sistem olarak işleyebilmesi için bakım verenler (profesyonel veya informal), hizmet alanlar ve aileleri, çalışanlar, USB hizmeti sunan kuruluşlar, sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, devlet, sivil

toplum örgütleri, üniversiteler, yerel yönetimler, ilaç şirketleri, tıbbi ilaç kurumlarını Alzheimer/demans hastalarına sunulacak USB hizmetlerinin paydaşları olarak ele almışlardır.

USB sisteminin oluşturulması sürecinde bakım politikalarının ve programlarının belirlenmesi, sağlık ve bakım sistemlerinin entegrasyonu ve bakımda önceliklendirmenin yapılması konuları ön plana çıkmaktadır. Bu konuların ele alınması süreçlerinde yer alan paydaşlar kimlerdir diye bakıldığında USB hizmeti ile ilgili ulusal politika ve uygulamalara karar veren politikacılar ve uzmanlar, USB hizmetini denetleyen kurumlar/denetçiler, bu konuda çalışan sivil toplum örgütleri, alandaki insan gücünü yetiştiren üniversiteler, hizmeti sunan kuruluşlar, bu kuruluşlarda çalışanlar ve hizmet alanlar ile yakınlarıdır. Bu sebeple çalışmada Türkiye’de yaşlı ve engellilere yönelik USB hizmetlerini düzenleyen ASHB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM)’ndeki yöneticiler ile uzmanlar, USB hizmetini sunan kuruluşları denetleyen ASHB İl Müdürlükleri, bu konuda çalışan sivil toplum kuruluşları (STK), kuruluş yöneticileri, kuruluş çalışanları ve hizmet alanlar paydaş gruplar olarak değerlendirilmiştir.

2.1.POLİTİKA BELİRLEYİCİLER

Devletin vatandaşlarına sunacağı hizmetleri amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve bu düzenlemeleri gerçekleştirme işi kamu politikasıdır. Devletin sosyal politika konularından olan sağlık ve sosyal hizmet politikaları belirlenirken herkes için erişilebilir, finansal açıdan sürdürülebilir ve bireyin mahremiyeti, güvenliğinin göz önüne alınarak ve insan onuruna saygılı bakım hizmet politikaların oluşturulması önemlidir. DSÖ (2003), USB’da anahtar politika konuları ile ilgili raporunda USB bakım hizmetlerinde yer alan aile ve yakınların desteklenmesi, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu, vaka yönetimi, alanda çalışan insan kaynağı, hizmetin kalitesi, kalitenin değerlendirilmesi ve USB hizmetinin dizayn edilmesinde kullanılacak stratejileri bir ülkenin USB hizmetlerini düzenleme ve gerçekleştirmesinde göz önüne alması gereken politika alanları olarak değerlendirmiştir. USB ülke politikaları, USB hizmetlerinin tüm paydaşlarını

kapsamalıdır. Bu haliyle ülke politikalarını belirleyen politika belirleyicilerin bakış açısı ve konuya ilişkin tutumları tüm sistemi doğrudan etkilemektedir.

27 Mayıs 2022 tarihinde Amerika’da Leonard Davies Institute of Health Economics’de düzenlenen USB politika reformları (The Policy and Politics of Long-Term Care: Latest Views on Reform) ile ilgili seminerde politika, kalite, insan kaynağı, hizmet modelleri, finansman konuları USB’da ana politika konuları olarak ele alınmıştır. Buna göre USB’ın kalitesini anlamak için hastane sürecinden başlayarak hastane, USB hizmeti sunan kuruluşlar ve evde bakım hizmetlerine bakmak gerekmektedir. Hem USB hizmeti sunan kuruluşlarda hem de evde bakımda bakım işini yapan insan kaynağının eğitimi, yeterliliği ve mesleki standartları önemlidir. Bu seminerde USB hizmeti sunan kuruluşların hangi gruba ne tür hizmetleri sunacaklarının belirlenmesinin öneminden bahsedilmiş, hizmet modelleri arasında geçiş ile hizmet alanın ihtiyaç ve tercihlerine cevap verebilecek yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi gerektiği konuşulmuştur. Örneğin, şu an yaşanmakta olan ve bir önceki kuşağa göre farklı talepleri olan baby boomer kuşağının talep ve tercihlerine uygun yeni modeller geliştirilmelidir.

Hizmetin kalitesi, insan kaynağı ve hizmet modellerinin geliştirilmesi konuları yanında devlet için en önemli konulardan biri hizmetin finansmanıdır. Devlet hangi hizmeti, kim için ne kadar süre ile, ne kadar desteklemelidir? Hizmetin ne kadarı cepten ödemeler ile sürdürülebilir? Nasıl bir USB finansman sistemi kurulmalıdır? Bakım sigortası gibi bir yapı ile USB hizmetleri sosyal güvenlik kapsamına alınmalı mıdır? soruları da USB hizmetlerinde politika belirleyicilerin cevaplamasını bekleyen finansal sorulardandır. USB hizmetlerinin finansmanı konusu USB Ülke Örnekleri bölümünde işlenecektir.

2.2.USB HİZMETLERİNDE ÇALIŞANLAR

Bir ürünün veya hizmetin üretiminde kullanılan emek/sermaye oranının yüksek olması o ürünün/ hizmetin emek yoğunluğu yüksek bir ürün/hizmet olduğu anlamına gelmektedir. USB hizmetleri yapısı itibari ile emek yoğun bir alandır. Bu da USB hizmetlerinde çalışanları güçlü bir paydaş grup yapmaktadır. Kurumsal USB hizmetinde çalışanlar hizmeti sunan meslek profesyonelleri (hemşire, doktor, sosyal çalışmacı, fizyoterapist,

ergoterapist, diyetisyen, psikolog vd.), bakım elemanları (bakıcı personel), destek hizmet çalışanlarıdır. Meslek profesyonelleri ağırlıklı olarak bireyin GYA ve EGYA’nde bağımlılık durumunun ve rehabilitasyon ihtiyacının tespiti, bakım planlarının ve rehabilitasyon programlarının hazırlanması, bu plan ve programların uygulanması konularında çalışanlardır. Bakım elemanları ise hizmet sunumun tüm süreçlerinde hizmet alana refakat eden, mesleki çalışmalarda ve bireyin özbakımında destek olan çalışanlardır. Bu haliyle bakım elemanları USB işinin temel elemanlarıdır.

OECD (2020a), bakım işini yapanları üç grupta incelemektedir. Bunlardan birincisi aile bakıcılarıdır (family carers). Bunlar bakım ihtiyacı olan bireyin ailesi olabildiği gibi başka bir yakını veya komşusu da olabilmektedir. Aile bakıcıları, tıbbi bakım, özbakım ve destek hizmetlerini sunar, ancak genellikle konu ile ilgili formal bir eğitime sahip değildir ve bu işi ücretsiz olarak yapmaktadır.

Bakım işini yapan ikinci grup domestik çalışanlardır (domestic workers). Domestik çalışanlar evlerde çalışan direk ve indirek bakımı yapan bir diğer adıyla ev işçileridir. Domestik çalışanlar evdeki temizlik işlerinin yanında çocuk bakımı, yaşlı bakımı, evcil hayvan bakımı, şoförlük gibi aile içinde yapılan tüm işleri yapan kişilerdir. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte domestik çalışanların asıl işi yaşlı bakımı ve ev temizliği üzerinde yoğunlaşmaktadır (International Labour Organization [ILO], 2021). Aile bakıcıları ve domestik çalışanlar informal bakım verenlerdir.

Bakım işini yapan üçüncü grup USB çalışanlarıdır. Bu grup çalışanlar tıbbi bakım, özbakım ve GYA’ne destek hizmetleri ile ilgili formal bir eğitim almış hemşireler, acil tıp teknikerleri (ATT) ve bakım elemanlarıdır. Bu kişiler yatılı kurum bakımında ve evde bakım hizmetlerinde sosyal koruma şemsiyesi altında istihdam edildikleri gibi evde bakımda informal olarak da çalışmaktadırlar. OECD’nin 2021 yılı verilerine göre formal olarak çalışan USB çalışanlarının %90’ı kadındır. 23 OECD ülkesinde USB alanında kayıtlı olarak istihdam edilen USB çalışanları incelendiğinde, yaklaşık %20’sinin yabancı uyruklu olduğu göze çarpmaktadır. Bu oranın informal bakım verenler arasında daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Yabancı uyruklu bakıcılar sosyal güvence olmaksızın, uzun çalışma saatlerine karşılık düşük ücretlerle çalıştırıldıkları için

dezavantaja sahiptirler. Diğer taraftan bakım ihtiyacı olan ailelerin yabancı uyruklu bakıcılar ile çalışması formal bakım verenlerin istihdamını azaltmaktadır. Yabancı uyruklu bakıcıların hizmet alan ile aynı dili konuşmuyor olması da onun ihtiyaçlarını anlamasını zorlaştırdığı gibi hizmet alanın güvenli hizmet almasını etkilemektedir. Tüm bu yönleriyle informal olarak çalıştırılan yabancı uyruklu bakıcılar USB sektörü için tehdit oluşturmaktadır (Global Deal, 2023).

2016 yılında yapılan Avrupalıların Yaşam Kalitesi Anketi (European Quality of Life Survey)'ne göre evde USB hizmeti alanların %70'i aileleri, %11'i hem formal bakıcılar hem de aileleri ve %19'u ise sadece formal bakım elemanlarından hizmet almaktadırlar (European Commission, 2021b). Yine OECD verilerine göre USB alanında formal olarak çalışanların %40'ı evde bakım hizmeti sunmaktadır. Ancak, informal bakım verenlerin durumu ile ilgili bilgiye ulaşılamamaktadır. Evde bakım, yatılı bakıma göre daha görünmez bir alan olduğu için kayıt dışı istihdama daha açık bir alandır. Ancak, emek yoğun bir alan olan USB hizmetlerinde hem evde bakımda hem de yatılı kurumsal bakımda USB politikaları belirlenirken USB çalışanlarının çalışma şartları ile hizmet standartlarına yönelik programlar geliştirilmesi önem arz etmektedir. USB çalışanları konusunda toplumun farkındalığı ve STK'ların çalışmaları konu ile ilgili rasyonel politika ve programların geliştirilmesinde etkili olacaktır.

2.3.TOPLUM VE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİ

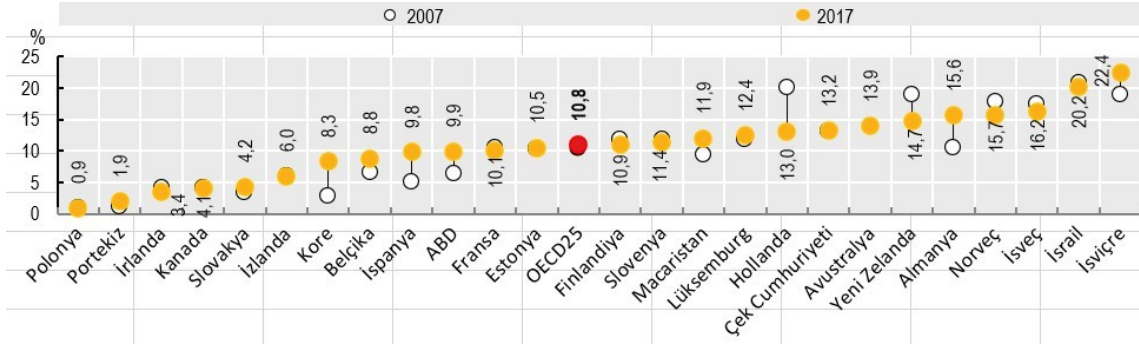
İçermeci, yenilikçi, yansıtıcı (reflective) bir toplum USB'nin gelişmesinde ve desteklenmesinde önemlidir. Toplumun çeşitli kesimlerinden insanların bir araya gelerek oluşturdukları örgütlü gruplara sivil toplum örgütleri/kuruluşları (STK) denmektedir. USB alanında örgütlenen gruplar arasında en yaygınları hastalığı/rahatsızlığı olan bireyler ve onların sözcüsü olan ailelerinin kurdukları STK'lar ile bu alanda hizmet sunan mesleklerin ve bu mesleklere insan yetiştiren akademisyenlerin kurdukları STK'lardır. STK'lar ülke politikalarını doğrudan veya dolaylı etkileyen çalışmalar yapmaktadır. Sağlık, demografik değişim, iyilik hali/bireysel refah konularında içermeci ve yenilikçi çalışmalar yapan STK'lar USB politikalarını doğrudan etkilemektedir (HORIZON, 2020). Bu da toplumu ve toplum içinden oluşan STK'ları USB'da önemli bir paydaş

kılmaktadır. USB’da STK’ları oluşturan genel olarak çalışanlar, akademisyenler, hizmet alanlar ve yakınlarıdır. Bu anlamda STK’lar hizmet alanın ve sunanın sözcülüğünü yapan örgütlü yapılardır.

2.4.USB HİZMETİ ALANLAR

Belli bir ücret karşılığında, USB hizmeti sunan kuruluşlardan veya kişilerden, ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerini alan kişiler; USB hizmetlerinde hizmet alanlardır (long term care recipients). Hizmet alanlar aynı zamanda hizmetin finansal sağlayıcılarıdır. USB hizmeti devlet tarafından sosyal bir program olarak sunulabildiği gibi ihtiyaç sahibi bireylerin profesyonel olmayan kişiler aracılığı ile bakım gereksinimlerini gidermeleri şeklinde de olabilmektedir (OECD, 2019). Çalışmanın önceki bölümlerinde formal ve informal bakım ile çalışanlar konusu işlendiği için burada detaya girilmeyecektir.

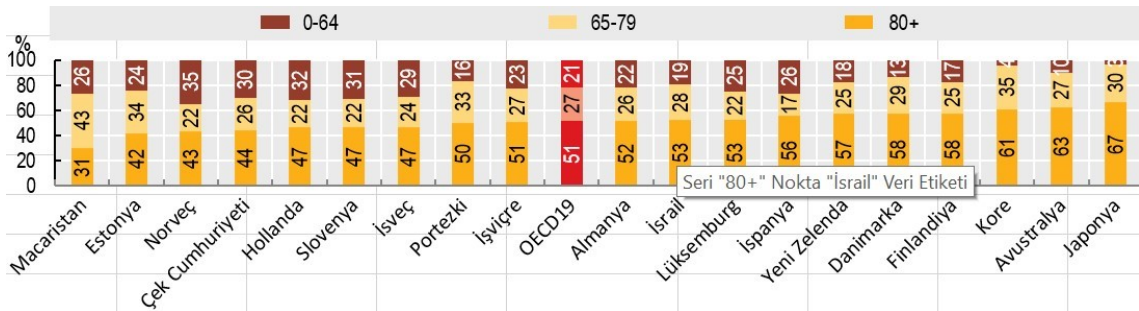
Bireyin ömrü uzadıkça yaşa bağlı hastalıklar ile kronik hastalıkların sayısı artmaktadır. Buna bağlı olarak birey GYA’nde kısıtlılıklar yaşamakta ve yaşamına devam edebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadır. Dünya üzerinde yaşayan nüfusun yaş ortalamasının yükselmesine bağlı olarak USB’a en çok ihtiyaç duyanlar 65 yaş ve üzeri kişilerdir. Grafik 1, OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfus içinde USB hizmeti alan grubun oranını göstermektedir. Buna göre 65 yaş ve üstünde USB hizmeti alanların OECD ülke ortalaması %10,8’dür. 10 yıl (2007-2017) içinde özellikle Kore, Belçika, İspanya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Hollanda, Yeni Zelanda’da 65 yaş ve üzerinde USB hizmet ihtiyacının arttığı görülmektedir. 2017 yılına gelindiğinde İsviçre (%22) ve İsrail’de (%20) 65 yaş ve üzerindeki her 5 kişiden 1’i USB hizmeti almaktadır.



Grafik 1. 65 Yaş ve Üzerinde USB Hizmeti Alan Grubun Oranı (2007-2017 Yılları Arası)

Kaynak: OECD, 2019. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

Grafik 2, OECD ülke ortalamalarına göre formal olarak USB hizmeti alanların yaş aralıklarını göstermektedir. Buna göre USB hizmeti alanlar içinde 80 yaş ve üzeri grup, toplam bakım hizmeti alanların %51'ini oluşturmaktadır. Bu anlamda 80 yaş, yaşlılara yönelik USB hizmetlerini sunmada referans olmaktadır. USB hizmeti alanlar içinde 65 yaş ve üzeri grup ise %79'u oluşturmaktadır. Bu oran USB denince neden daha çok yaşlılığın çalışıldığını açıklamaktadır. Yine Grafik 2'ye bakıldığında OECD ülke ortalamalarına göre USB hizmeti alanların %21'i 65 yaş altındadır. Bu durumda formal USB alan nüfusun %21'inin engelliliğe bağlı hizmet aldığı anlaşılmaktadır. Bu veriler USB hizmetinin niteliğini belirlemede yol gösterici olmaktadır. Ancak, Türkiye'de bu alanda sağlıklı verilere ulaşılamamaktadır. Bunun sebepleri ileriki bölümlerde incelenecektir.



Grafik 2. USB Hizmeti Alanların Yaş Ortalaması (2007-2017 Yılları Arası)

Kaynak: OECD, 2019. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

USB bakım ve USB hizmetlerinin paydaşları ile ilgili genel bilgiler verdikten sonra çalışmanın bundan sonraki bölümünde USB’da ülke örneklerinden bahsedilecektir.



3. BÖLÜM

UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ ÜLKE UYGULAMALARI

Bir ülkede bireylerin maddi durumlarını tanımlamak için kullanılan kavram refah kavramıdır. Ülkede uygulanan ve geçerli olan sosyal politikaların özelliklerini belirleyen ana unsur ise refah rejiminin özellikleridir. Refah rejimi, ülkelerin ekonomiye giren ürün/hizmetlerini organize etme ve refahı paylaşırma yöntemlerine ilişkin bir kavramdır. Ülke refahını organize eden ana aktör devlettir. Devletin yanında ülkenin piyasa koşulları, toplumun aile yapısı ve STK'lar da ülke refahını etkilemektedir.

Ülkeleri refah rejimlerine göre tanımlamada en sık kullanılan sınıflandırma Danimarkalı sosyolog Gosta Esping- Andersen'in 1980'li yılların sonlarına doğru yaptığı sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmada ülkelerin politik ve kurumsal yapısındaki farklılıklar ile vatandaşlığa dayalı sosyal haklar göz önüne alınmıştır. Esping-Andersen ülkeleri, devlet-piyasa ilişkisi, metadışlaştırma ve tabakalaştırma kavramlarına göre sınıflandırmaktadır. Devlet-piyasa ilişkisi, vatandaşların ihtiyaçlarının sosyal politikalar ile karşılanma durumunu incelemektedir. Metadışlaştırma ise, devletin piyasadan bağımsız olarak vatandaşlarının refahı için kabul edilebilir yaşam standardı sağlama derecesidir. Yani, bir kişinin piyasadan bağımsız bir şekilde ihtiyaçlarını giderme ve geçimini sağlama derecesidir. Tabakalaştırma, devletin ülke refahının farklı yapıdaki sosyal gruplar arasında paylaşımı sırasında eşitlik ve sosyal bütünleşmeyi sağlama derecesidir. Bu kapsamda “ideal refah rejimi” üç çeşittir. Bunlar, liberal refah rejimleri, sosyal demokrat refah rejimleri ve muhafazakâr/korporatist refah rejimleridir (Anderson, 1990).

Liberal refah rejimlerinde piyasaya dayalı refah söz konusudur. Bu haliyle liberal refah rejimlerinde metadışlaştırma en aza indirgenmiştir. Bireysellik ön plandadır. Devlet, bireylerin sosyal ihtiyaçlarını karşılamaları için öncelikli olarak piyasaya başvurmasını beklemektedir. Eğer sosyal ihtiyaçlar piyasadan karşılanamıyorsa devlet, sosyal imkânları kısa süreli olarak kullanarak bireylerin ihtiyaçlarını asgari ölçüde sağlamaktadır (Taşçı, 2013; Özmen, 2017). Yani, kamunun sosyal harcamalarını en aza indirme eğilimi söz konusudur. Bu sebeple sosyal haklar, gereksinim temelli olarak

değerlendirilir (Van Voorhis, 2002). Buna bağlı olarak sağlık ve sosyal hizmetler muhtaç olana yönelik olup kısıtlıdır. Sosyal yardımlar gelir testleri sonuçlarına göre temel ihtiyaçlar kapsamında yapılmaktadır. Bu yardımların toplum içinde muhtaçları damgaladığı eleştirisi yapılmaktadır. Liberal refah rejim tipinde önde gelen ülkeler ABD ve İngiltere'dir. Tarihi süreçte ABD ve İngiltere'nin etkisi altında kalmış olan Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada ve İrlanda'da da bu refah rejimi tipi geçerlidir. Bu model Anglo-Sakson model olarak da adlandırılmaktadır. Anglo-Sakson modelin geçerli olduğu ülkelerde USB'da kurumsal bakım hizmetleri önemli yer tutmaktadır.

Sosyal demokrat refah rejimlerinde ise liberal refah rejiminin aksine devlet odaklı refah söz konusudur ve metadışlaştırmanın en fazla olduğu refah rejim tipidir. Bu ülkelerde toplumsal adaleti sağlamada evrensel yardım anlayışı benimsenmiştir. Sağlık ve bakım hizmetleri tüm toplumu kapsayacak şekilde planlanmış olup bu hizmetler genel vergi gelirleri ile devlet tarafından finanse edilmektedir. Tam istihdam ana hedeftir. Bu sebeple başta kadın istihdamı olmak üzere engellilerin istihdamı konusunda da kamunun hassasiyeti yüksektir. Bu rejim tipinde önde gelen ülke İsveç'tir. Sosyal demokrat refah rejimi İsveç modeli olarak anılmakla birlikte Norveç, Danimarka, Hollanda ve Finlandiya da bu modele dahil olduğundan İskandinav modeli olarak da adlandırılmaktadır.

Esping-Andersen'in refah tipolojilerinden üçüncüsü muhafazakâr/korporatist refah rejimidir. Bu modelde toplumsal hiyerarşiyi korumak önemlidir. Bu ülkeler, sosyal sorunları sosyal güvenlik uygulamaları ile çözme odaklıdır. Toplumsal hiyerarşiyi korumanın önemli olduğu bu ülkelerde kişiler meslekleri ve iş yapma becerilerine göre değerlendirilmektedir. Bu sebeple sistem, çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına dayanmaktadır. Bireyler, yaptıkları işin kapsamına bakılarak hukuki olarak sınırları belirlenmiş sosyal güvence sistemleri ile korunurlar. Bu da sosyal sigortaların gelişmesini sağlamıştır. Bu ülkelerde sosyal haklar katkıya dayalıdır. Bu haliyle bu ülkeler finansman kaynağı açısından Bismarck modelini benimsemişlerdir. Beveridge modelinde vergiler ile finansman söz konusu iken Bismarck modelinde karşılıklılık esaslı primlerle finansman söz konusudur. Yani, bireylerin sağlık ve bakım harcamaları sosyal güvenlik kurumuna katkılarına bağlıdır. Devlet iş gücüne katkı sağlayamayanları transfer ödemeleri ile desteklemektedir. Ancak, bu refah rejimine dahil

olan ülkeler geleneksel Hristiyan doktrinlerine bağlı oldukları için muhafazakâr olarak adlandırılmaktadırlar. Benimsenen doktrinler sebebiyle aile bağları önemsenmekle birlikte toplumsal cinsiyet açısından dışlayıcıdır. Bu da USB’da aile temelli politikaların benimsenmesi ile sonuçlanmaktadır. Ailenin korunması için sosyal sınıfların ihtiyaçlarına uygun güçlü sosyal yardımlar yapılmaktadır. Muhafazakâr /korporatist refah rejiminde önde gelen ülke Almanya olmakla birlikte İtalya, Fransa gibi Kıta Avrupası’nın genelinde bu refah tipi geçerlidir. Bu sebeple bu refah tipine Kıta Avrupa modeli de denmektedir.

Ülkelerin refah rejim tipi, devletin vatandaşlarının refahını artıracak faaliyetleri düzenleme şeklini ifade etmektedir. Devletin vatandaşlarının refahını artırma faaliyetleri öncelikli olarak toplumun barınma, sağlık, eğitim ve istihdam gibi temel günlük yaşam fonksiyonlarını sağlamak üzerine kuruludur (Kurşun ve Rakıcı, 2014). Devletin refah faaliyetlerini anlamada ise kamu harcamalarının dağılımı ile gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) içinde barınma, sağlık ve eğitim gibi faaliyetlerin harcama oranı sıklıkla kullanılan verilerdir. Konuya sağlık harcamaları ve refah devleti ilişkisi açısından bakıldığında sağlığın finansmanı ile ilgili 4 model bulunmaktadır. Bunlar Beveridge modeli, Bismarck modeli, ulusal sağlık sigorta modeli ve cepten ödeme modelidir (McCanne, 2010).

Beveridge modelinde, sağlık hizmetleri ulusal güvenlik, yol, köprü gibi bir kamu malı olarak görülmekte ve sağlık harcamaları devlet tarafından vergiye dayalı bir şekilde finanse edilmektedir. Bismarck modelinde yukarıda açıklandığı gibi sigorta sistemleri mevcuttur. Devlet sigorta sistemlerinin geliştirilmesini teşvik eder ve sigortanın finansmanı işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile sağlanmaktadır. Ulusal sigorta modelinde ise devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemesi yoluyla finanse edilen bir sistem söz konusudur. Bu haliyle ulusal sigorta modeli hem Bismarck hem de Beveridge modellerinden unsurlar taşımaktadır ve karma model olarak anılmaktadır. Son olarak cepten ödeme modelinde ödemeler konusunda hizmeti sunan ve hizmet alan doğrudan ilişki içindedir ve para sahibi olanlar hizmete erişmektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015; Tatar, 2011).

Genel olarak ülkeler sağlık finansman sistemlerinde birden fazla modeli uygulamakla birlikte sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre sınıflandırılmaktadırlar. Ancak ABD’de bu sağlık finansman modelinin tamamı benzer oranlarda bulunmaktadır. Şöyle ki ABD liberal refah rejim tipine sahip bir ülke olmakla birlikte gazileri tedavi etmede Beveridge modeli unsurlarını, Medicare'e bağlı 65 yaş ve üzeri Amerikalıların sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamada karma modeli, sigortalı çalışanlar için Bismarck modeli unsurlarını ve sağlık sigortası olmayanlar için ise cepten ödeme modelini uygulamaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015; McCanne, 2010).

Benzer durum ülkelerin Esping Anderson’ın refah rejimleri tipleri sınıflandırmasında da görülmektedir (Kol, 2014). Bu yüzden bazı ülkeler araştırmacının değerlendirmelerine göre farklı rejim tipleri içinde sayılabilmektedir. Örneğin Hollanda muhafazakâr bir yönetim anlayışına sahip olup, kamunun sunduğu hizmetler açısından evrensel bir anlayışı benimsemiştir.

Esping Andersen refah rejim tiplerine göre ülkeleri sınıflandırmasında kapitalizmin öncüsü olan ülkeleri almıştır. Bu sebeple Doğu Avrupa (Balkan Ülkeleri, Rusya, Ukrayna gibi), Asya Ülkeleri, Latin Amerika ve Afrika ülkeleri bu sınıflandırmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmada ülke örnekleri Anglo-Sakson ülkeleri, İskandinav ülkeleri, Kıta Avrupası, Doğu Avrupa Ülkeleri, Uzak Doğu ülkeleri ve Türkiye olarak ele alınmıştır.

Ülkeler refah rejimlerine göre veya finansmanın kaynağı açısından gruplara ayrılırken devletin sosyal devlet rolü üzerinden değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, artan oranlı vergiler, işsizlik ve sağlık sigortası, sosyal güvenlik, hangi sektöre ne gibi sübvansiyonlar sağlandığı, karşılıksız veya düşük katkı payları karşılığında eğitim ve barınma imkânları; çocuklu ailelere, göçmenlere, yaşlılara, engellilere ve çalışamayacak durumdaki ihtiyaç sahipleri için yapılan transfer ödemeleri gibi stabilizatörler o ülkenin refah seviyesini tanımlamada önemli araçlardır (Göktürk, 2018; Seyidoğlu, 1999).

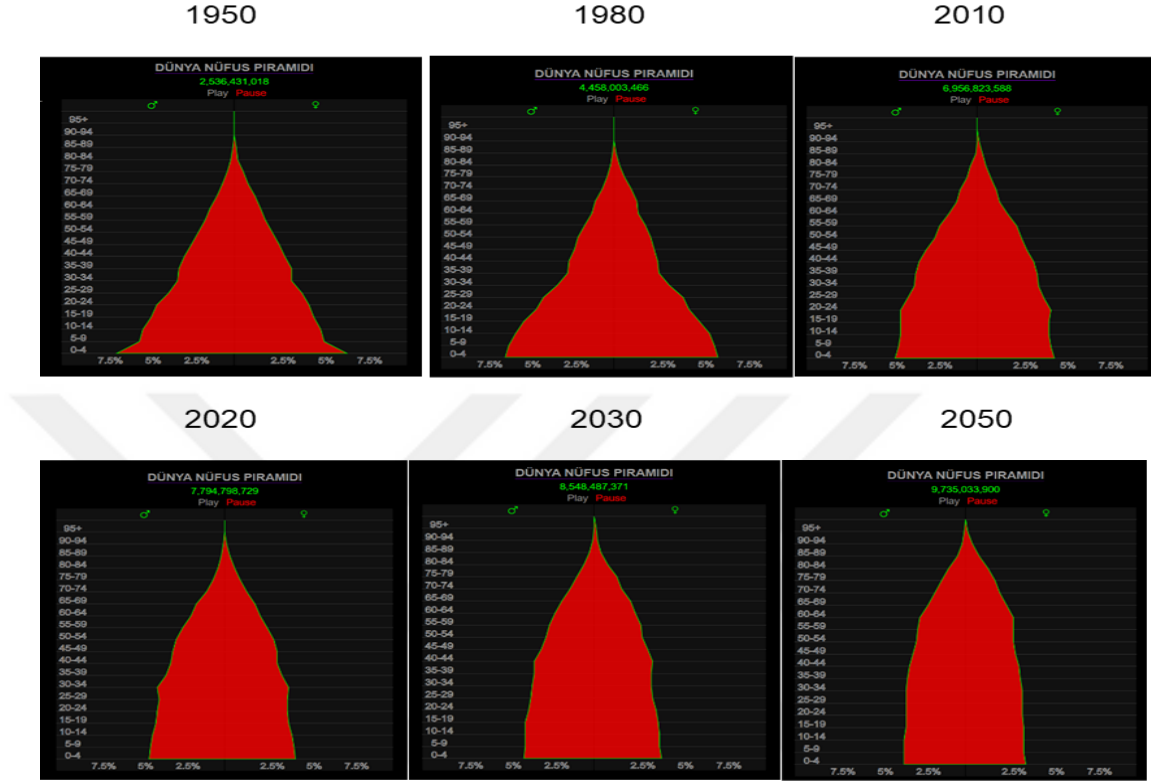
Engelli ve yaşlılara yönelik transfer ödemeleri ve USB hizmetleri ile ilgili sosyal politikalar ülkelerin benimsedikleri refah rejimine göre değişmekle birlikte ülkede

yaşanan demografik ve sosyal değişimlerden de etkilenmektedir. Benzer şekilde bakım hizmetlerinin arz ve talebinin yönetimi ülkede yaşanan demografik, sosyal ve epidemiyolojik yapıdaki değişimlerden, politika önceliklerinden, vatandaşların teknoloji kullanımı ve USB'a yönelik tutum ve tercihlerinden etkilenmektedir (WHO, 2005). Tüm bu konular ülkenin refah rejimi ekseninde ele alınmaktadır.

Yaklaşık 70 yıllık süreçte dünya nüfusu yaklaşık 3,6 kat artmıştır (Şekil 1). Ancak bu artış doğum oranlarının artmasından ziyade doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasından kaynaklanmaktadır. Şekil 1'de 1950, 1980, 2010, 2020 yıllarında dünya nüfusuna ait piramitler gösterilmekle birlikte 2030 ve 2050 yıllarında dünya nüfusunda yaşanacak olası değişimler de gösterilmiştir. Dünya nüfus piramitlerindeki değişimlerde görüleceği gibi son 100 yıllık süreçte piramit yukarıya doğru genişlemekte ve dikdörtgen bir görünüme doğru ilerlemektedir. Nüfus yapısındaki bu değişim sosyal yapıyı değiştirmekle kalmayıp ekonomik yapıyı da etkileyecektir.

Doğum oranlarında yaşanan göreceli düşüş ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması özellikle OECD üyesi ülkelerde *demografik dönüşüm sürecine* sebep olmaktadır. Demografik dönüşüm (demographic transition or demographic revolution) bir ülkede doğum ve ölüm oranlarının azalmasına bağlı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması ile demografik yapının değişmesidir. Demografik yapının değişimi 5 şekilde gerçekleşebilir. Birincisi doğum ve ölüm oranlarının dengeli şekilde artması (-ki geleneksel tiptir), ikincisi ölüm oranlarının doğum oranlarına göre daha düşük olması (-ki geçiş tiptir), üçüncüsü ölüm ve doğum oranlarının benzer oranda düşmesi (-ki düşük durağan tiptir), dördüncüsü doğum ve ölüm oranlarının azalması ve yaşam beklentisinin artması sonucu yaşlı nüfus oranının artması (-ki nüfusun grileşmesidir) ve beşincisi doğum oranlarının düşmesi, ölüm oranlarının artması ve göç gibi sebeplerle nüfusun azalmasıdır (-ki regresyon tipidir) (Tulchinsky ve Varavikova, 2014). 2020'li yıllarda gelişmiş ülkeler nüfusun grileşmesi durumu ile karşı karşıyadır. Bu durum "gümüş tsunami" olarak meteforlaştırılmaktadır. Gümüş tsunaminin en büyük etkisinin sağlık ve bakım harcamalarının artması yönünde olacağı beklenmektedir. Bu durum, ülkelerin uzun vadeli refahını sağlamada sağlık ve bakım alanında yeni düzenlemeler yapmasını gerekli kılmaktadır. Demografik dönüşümün, nüfusun grileşmesi yönünde ilerlediği ülkeleri

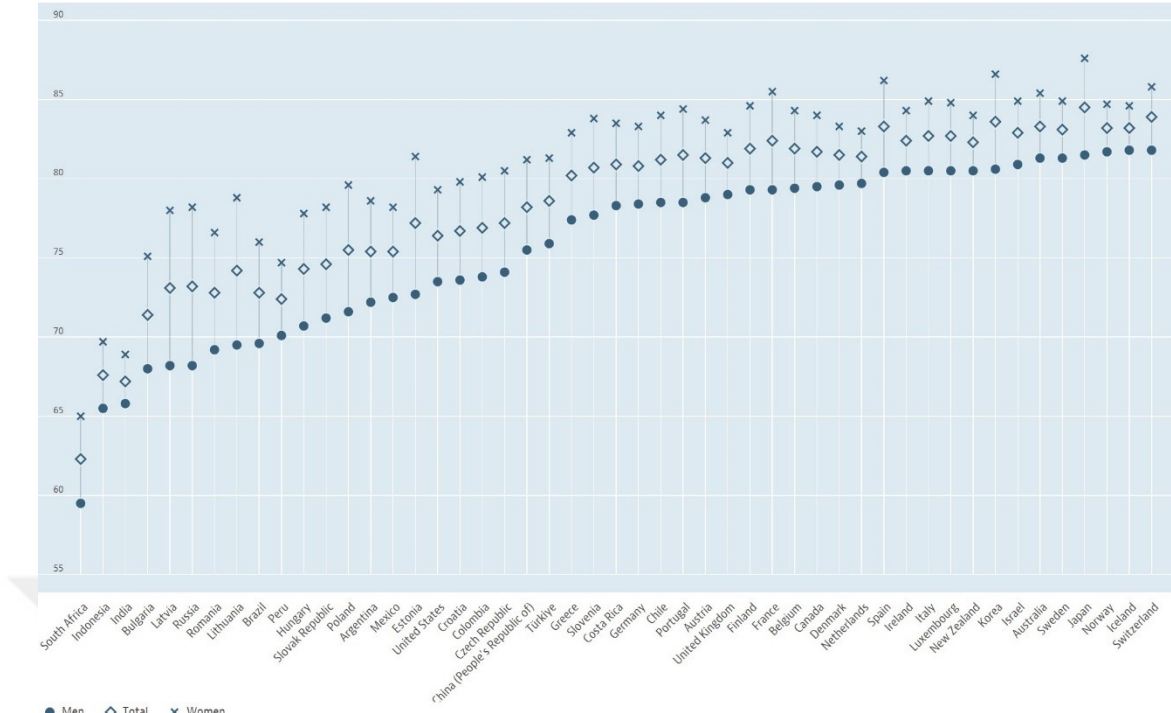
tanımlamak için doğuştan beklenen yaşam süreleri ile 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranlarına bakmak önemli olacaktır.



Şekil 1. Dünya Nüfus Piramidi (1950-2050)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.a

Grafik 3, OECD ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam sürelerini göstermektedir. Buna göre özellikle İskandinav ülkeleri, İzlanda, Japonya, Avustralya, İsrail, Kore, İtalya ve Yeni Zelanda’da doğuştan beklenen yaşam süresi 80 yılın üzerindedir. Yine Grafik 3’e göre, Kuzey Afrika hariç tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresi 65 yılı aşmıştır. Konuyu daha yakından incelemek için Tablo 1’de 2021 yılı itibari ile OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranları verilmiştir.



Grafik 3. Seçilmiş Ülke Örneklerinin Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri

Kaynak: OECD, 2022.

Tablo 1'e göre Japonya'da nüfusun %28,86'sı, İtalya'da %23,67'i, Finlandiya'da %22,87'si, Yunanistan'da %22,69'u, Almanya'da %22,06'i, Fransa'da %20,85'i, İsveç'de %20,19'u, Danimarka'da %20,04'ü 65 yaş ve üzerindedir. Yani Danimarka'da, İsveç'de ve Fransa'da her 5 kişiden 1'i, İtalya, Finlandiya ve Yunanistan'da yaklaşık her 4 kişiden 1'i, Japonya'da ise yaklaşık her 3 kişiden 1'i 65 yaş ve üzerindedir.

Tablo 1. Seçilmiş Ülke Örneklerinde 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (1970-2021 Yılları Arası)

Ülke	1970	2000	2010	2021
Avusturya	%14,08	%15,43	%17,67	%19,36
İsveç	%13,67	%17,26	%18,28	%20,19
Almanya	%13,67	%16,45	%20,63	%22,06
Belçika	%13,39	%16,80	%17,18	%19,47
Fransa	%12,87	%15,87	%16,67	%20,85
Norveç	%12,87	%15,16	%14,98	%18,08
Birleşik Krallık	%12,82	%15,81	%16,35	%18,83
Danimarka	%12,27	%14,83	%16,58	%20,04
İsviçre	%11,35	%15,32	%16,92	%18,90
İrlanda	%11,14	%11,21	%11,31	%14,81
Yunanistan	%11,06	%17,54	%19,13	%22,69
İtalya	%10,89	%18,27	%20,40	%23,67
Hollanda	%10,16	%13,58	%15,45	%19,91
ABD	%9,81	%12,43	%13,09	%16,83
İspanya	%9,61	%16,64	%16,95	%19,95
OECD Toplam	%9,31	%12,81	%14,41	%17,64
Finlandiya	%9,15	%14,92	%17,26	%22,87
Avustralya	%8,35	%12,42	%13,56	%16,82
Kanada	%7,89	%12,55	%14,13	%18,52
Japonya	%7,06	%17,37	%23,02	%28,86
İsrail	%6,16	%9,78	%9,87	%12,22
Şili	%5,04	%7,66	%9,37	%12,49
Türkiye	%4,42	%6,74	%7,12	%9,63
Meksika	%3,58	%4,98	%6,12	%7,86
Kore	%3,07	%7,22	%10,83	%16,56
Kolombiya	%3,03	%5,75	%6,72	%8,68
Yeni Zelanda	%8,44	%11,75	%12,95	%15,99
İzlanda	%8,80	%11,57	%12,14	%14,86

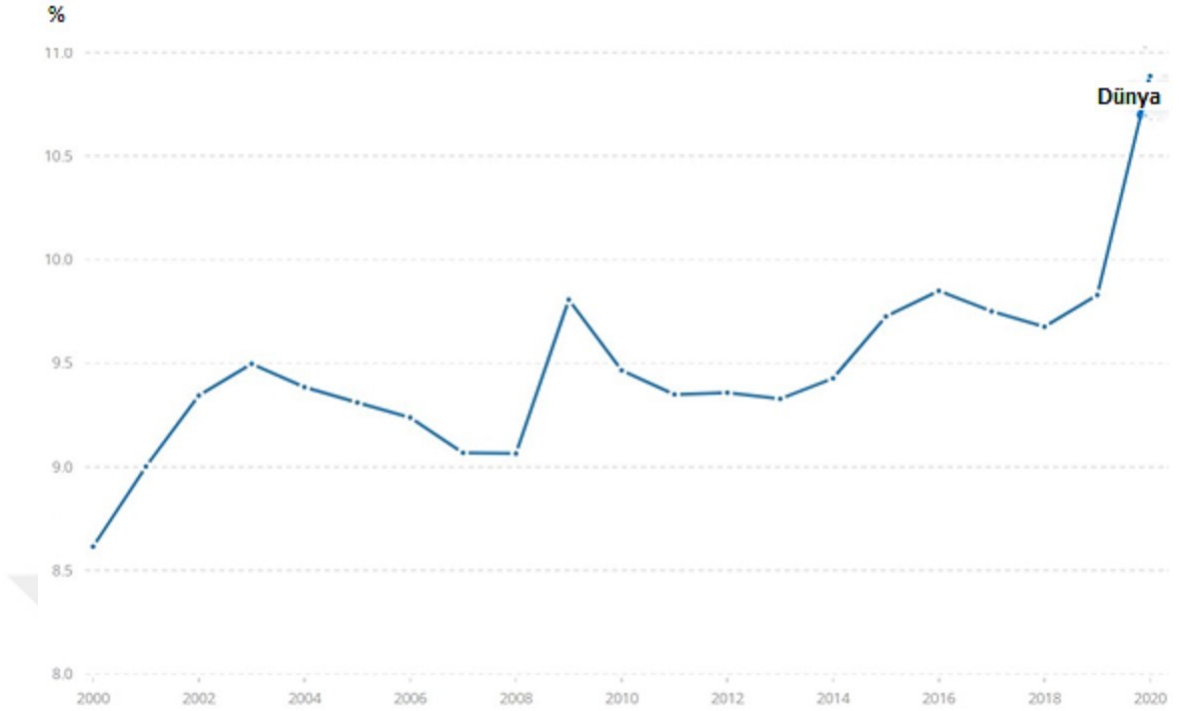
Kaynak: OECD, 2021a. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artmasına bağlı olarak iş gücü piyasalarında ve finansal piyasalarda değişimler yaşanmaktadır. Çalışma çağındaki nüfusun azalması iş gücü piyasalarını etkilemektedir. Bir ülkede iş gücü piyasasının dışında kalan gruplar olabileceği gibi, iş gücüne katılımları sınırlı olan gruplar da bulunmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfus da çalışma çağındaki nüfusun dışında kaldıkları için iş gücüne katılımları isteğe bağlı olmakta ve bu sebeple iş gücüne katılımları sınırlı olan gruplar arasında yer almaktadırlar. Emeklilik yaşının 65 yaş olduğu ülkelerde bu oran emekli nüfusun oranı ile ilgili bilgi vermesi bakımından önemlidir. Bu da sosyal güvenlik sistemi dengesi açısından değerlendirilmesi gereken bir veridir. Nüfus yapısının grileşmesi durumu ile karşı karşıya olan bazı ülkeler ile demografik geçiş sürecinde olan ülkeler sosyal güvenlik sistemlerinde açık yaratmamak adına emeklilik yaşını yukarı

çekmekte ya da yaşlı nüfusun çalışma hayatına devam etmesi için yeni teşvikler geliştirmeye çabalamaktadırlar. Türkiye’de henüz nüfusun grileşmesi durumu söz konusu olmamakla birlikte doğum oranları azalmakta ve doğuşta beklenen yaşam süresi ise uzamaktadır. Buna bağlı olarak Türkiye demografik geçiş sürecindedir. Bu durumun sosyal güvenlik sisteminde yaratacağı baskıyı azaltmak adına, emeklilik yaşı 2008 yılında ilk kez sigortalı olarak işe başlayacaklar için 65 yaşa çıkarılmıştır.

65 yaş ve üzeri nüfusun finansman ihtiyaçlarının ve tasarruf ile yatırım tercihlerinin farklılaşmasına bağlı olarak finansal piyasalar da etkilenmektedir. Genel olarak yaşlı nüfus, yatırımda daha güvenilir alanları tercih ederken tüketim tercihleri sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik olmaktadır. Emekli nüfusun artması ve buna bağlı sağlık harcamalarındaki artış, geri ödeme sistemlerinin üzerindeki baskıyı kaçınılmaz kılmaktadır (Erol, 2019). Ancak zorunlu sağlık harcamalarını azaltmak için yapılan çalışmalar kısıtlı kalmaktadır. Çünkü bireylerin sağlık ve bakım hakkı vardır ve devletler vatandaşlarının haklarını korumakla görevlidir.

Dünya Bankası’nın verilerine göre dünya genelinde GSYH içinde sağlık harcamalarının oranı 2000 yılında %8,62 iken, 2020 yılında %10,89’a yükselmiştir (Grafik 4). OECD 2019 verilerine göre ise, OECD ülkelerinde sağlık harcamaları toplamı yıllık kişi başına 4087 dolardır.

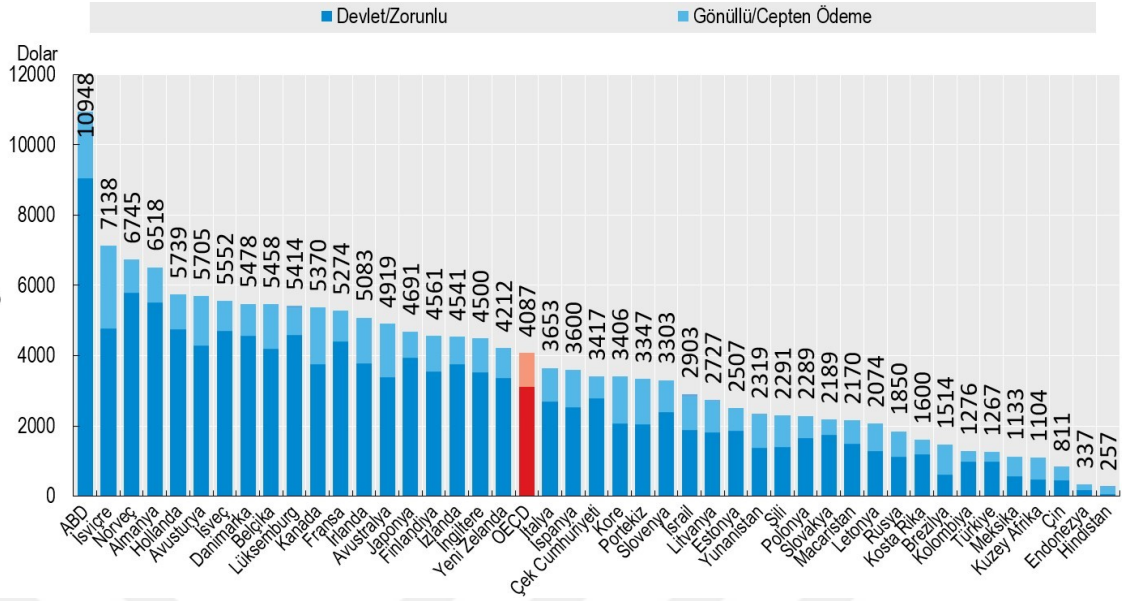


Grafik 4. Dünya Geneline GSYH içinde Toplam Sağlık Harcamalarının Oranı (%)

Kaynak: The World Bank, 2023. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

Grafik 5, OECD ülkelerinin sağlık harcamalarını (zorunlu sağlık harcamaları ve cepten ödemeler toplamı) dolar cinsinden göstermektedir. Buna göre, ABD’de yıllık kişi başına toplam sağlık harcaması en yüksek olup 10948 dolardır. ABD’de sonra kişi başına sağlık harcamasının en çok olduğu ülkeler ilk 10 ülke sırasıyla, İsviçre (7138 dolar), Norveç (6745 dolar), Almanya (6518 dolar), Hollanda (5739 dolar), Avusturya (5705 dolar), İsveç (5552 dolar), Danimarka (5478 dolar), Belçika (5458 dolar) ve Lüksemburg (5414 dolar)’dur.

Grafik 5’e göre kişi başı sağlık harcamalarının en düşük olduğu ülke Hindistan’dır (257 dolar). OECD’nin kurucusu olan 20 ülkenin (Türkiye, ABD, Avusturya, Kanada, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, Almanya, İtalya, İngiltere, Belçika, Danimarka, İrlanda, Yunanistan, İsviçre, İsveç, İspanya, İzlanda, Norveç, Portekiz) kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük sağlık harcamasının yapıldığı ülkedir (1267 dolar).



Grafik 5. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Dolar Cinsinden)

Kaynak: OECD, 2021c. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

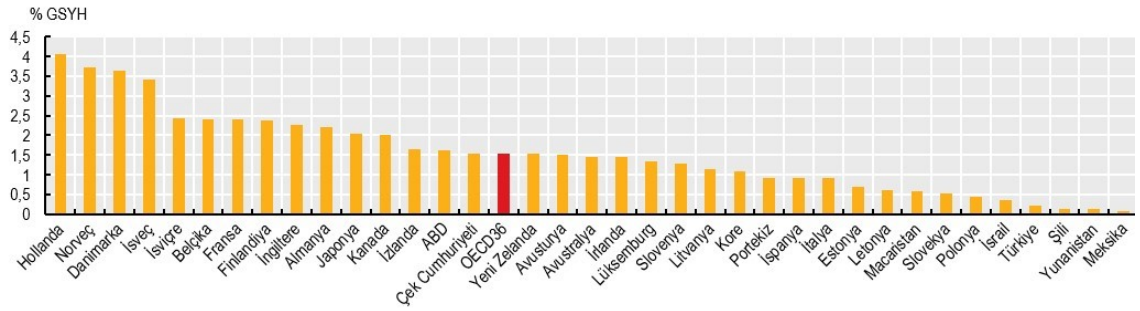
Yetişkinler tarafından sağlık ve bakım hizmetlerinin kullanımı yaşla birlikte artmaktadır. Bu sebeple yukarıdaki Grafik 5'te görüldüğü gibi kişi başına düşen sağlık harcamaları da nüfusun yaşlanmaya başladığı ülkelerde nispeten yüksektir. Gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla yaşlı nüfusa sahip olduğu için bu ülkelerde sağlık harcamaları yukarı yönlü bir eğilim göstermektedir.

Yaşa bağlı ortaya çıkan hastalıklar veya rahatsızlıklar bireyin bakım hizmetlerine olan ihtiyacını artırmaktadır. Yaşlanma ile birlikte yoksunluk, yalnızlık, toplumsal yaşama katılım ve yaşam kalitesinin korunması konuları daha fazla görünür olmaktadır. İnsan yaşamında bu sayılan konular ile ilgili negatif yönlü değişimler bakıma muhtaçlık sorununu doğurmaktadır. Bakıma muhtaçlık, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde başkalarının yardım ve desteğine ihtiyaç duyma durumudur (Oğlak, 2014). Bireylerin en çok bakıma ihtiyaç duydukları dönem 65 yaş sonrasıdır. Bu dönemde yaşa bağlı ortaya çıkan hastalıklar veya rahatsızlıklar bireyin bakıma ihtiyacını artırmaktadır. European Commission (2013)'e göre, 65 yaş üstü bireylerin %70'i, 80 yaş üstü bireylerin ise %90'a yakını GYA'ni sürdürmede başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bir toplumda hangi yaş aralığında, nüfusun % kaçının, hangi seviyede

bakıma muhtaç olduğunun tanımlanması, sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik politika ve programlarının belirlenmesi için önemlidir.

Yaşlı nüfusun yoğun olduğu ülkelerde USB harcamaları da yukarı yönlü olmaktadır. USB harcamaları hem sağlık hem de sosyal hizmet harcamalarını kapsamaktadır. OECD ülkelerinde USB harcamalarını hesaplamada hemşirelik hizmetleri ile GYA'ne destek hizmetleri USB'nin sağlık harcamaları ile ilgili kısmını oluşturmaktadır. Bunun yanında yatılı kuruluşlarda sunulan oda ve yemek masrafları ile evde sunulan palyatif bakım hizmetleri de bu kapsamda değerlendirilmektedir. Ancak bazı ülkelerde USB hizmetleri sağlık hizmetleri ile birlikte ele alınırken bazı ülkelerde bakım ile ilgili ayrı geri ödeme sistemleri mevcuttur. Bu durum ülkelerin USB hizmetlerine yönelik harcamalarını karşılaştırmada ve raporlamada kısıtlılıklar doğurabilmektedir. Genel olarak ülkelerin USB harcamalarını hesaplamada barınma, hemşirelik bakımı ile rehabilitasyon hizmetleri bir arada ele alınmaktadır. USB hizmetlerinin ücretlendirilmesinde ise hizmet paketleri olabildiği gibi haftalık bakım uygulama süresine göre de ücretlendirme yapılabilmektedir. Buna göre haftalık 41,25 saatten fazla bakım hizmeti alan kişiler ağır bakım gerektiren kişiler olarak kabul edilmektedir.

USB harcamalarının ülke geliri içindeki oranı ve ödemelerin hangi hizmet türüne ne oranda yapıldığını yakından incelemek için Grafik 6 OECD ülkelerinde GSYH içinde USB harcamalarının oranını, Grafik 7 OECD ülkelerinde bakım türüne göre USB harcamalarının oranını göstermektedir. Grafik 6'ya göre OECD ülkelerinde GSYH içinde USB harcamalarının oranının en yüksek olduğu ülke Hollanda'dır (%4'ün üzerinde). Hollanda'yı yaklaşık %4 ile Norveç ve Danimarka izlemektedir. GSYH içinde USB harcamalarının en yüksek olduğu ilk 5 ülkeye bakıldığında bunların İskandinav ülkeleri olduğu görülmektedir. Bunun nedeni bu ülkelerin nüfus yapısı olabileceği gibi, ülkede benimsenen refah rejim tipinin, USB harcamalarına yansması da olabilir. Çalışma kapsamında incelenen ülkelere bakıldığında İngiltere, Almanya, Japonya, Kanada ve ABD'nin GSYH içinde USB harcamalarının oranı, OECD ortalamasının (yaklaşık %2) üzerindedir. Kore, İtalya ve Türkiye'de ise GSYH içinde USB harcamalarının oranı, OECD ortalamasının altındadır.

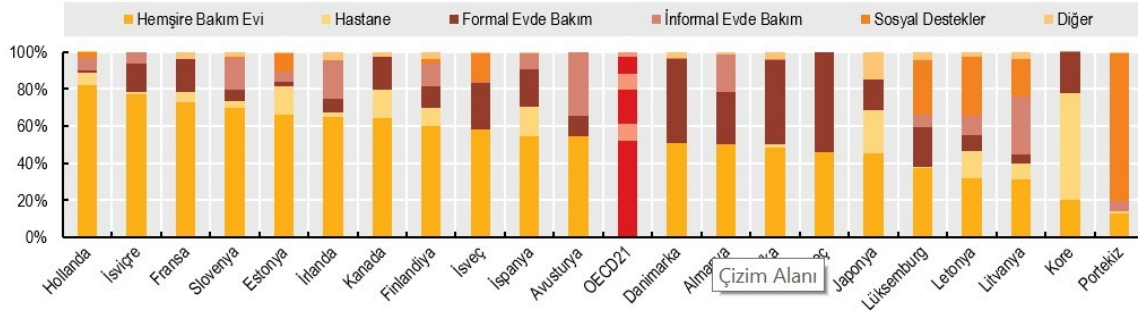


Grafik 6. GSYH İçinde USB Harcamalarının Oranı (2019 Verileri)

Kaynak: OECD, 2021b. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

OECD ülkelerinde USB hizmetleri hemşire bakım evleri, hastaneler ve bireyin kendi yaşam alanında yani evinde sunulmaktadır. Evde sunulan hizmetler kurumsal bir yapıya bağlı olarak (home care) sunulduğu gibi aynı hanede yaşayan kişiler tarafından informal olarak (households) da sunulabilmektedir. Grafik 7'de USB hizmet modelleri hemşire bakım evleri, hastanelerde sunulan USB hizmetleri, evde bakım, aynı hanede yaşayan kişiler tarafından sunulan bakım, sosyal destekler ve diğer hizmetler olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre, USB hizmetinden doğrudan yararlanmayan, ancak sosyal destek ihtiyacı olan bireylere yönelik yapılan harcamalar da USB hizmet modeli olarak değerlendirilmiş ve USB harcamalarına dahil edilmiştir.

Grafik 7'de OECD ülkelerinin genel durumunu gösteren sütuna bakıldığında, USB harcamalarının en çok yapıldığı bakım hizmet modeli, hemşire bakım evleridir. Buna göre USB harcamalarının yaklaşık %50'si hemşire bakım evlerine yöneliktir. Bunu yaklaşık %20'lik bir oran ile evde bakım hizmetleri izlemektedir. Grafikte yer alan 21 ülkenin bakım hizmet modeline göre USB harcamalarının dağılımına bakıldığında, Litvanya ve Portekiz hariç Avrupa kıtasında yer alan ülkelerde baskın olan bakım modeli hemşire bakım evleridir. Evde bakıma ve sosyal desteklere ayrılan pay ise önemli farklılıklar göstermektedir.



Grafik 7. Bakım Hizmet Modeline Göre USB Harcamalarının Dağılımı (2019 Verileri)

Kaynak: OECD, 2021b. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

Çalışma kapsamında seçilmiş ülke örnekleri, demografik değişimin yarattığı bakım hizmetleri arzı ve talebi ile sağlık ve bakım sigortası, sosyal güvenlik, yaşlı ve engellilere sunulan hizmetler ve yardımlar açısından incelenmiştir.

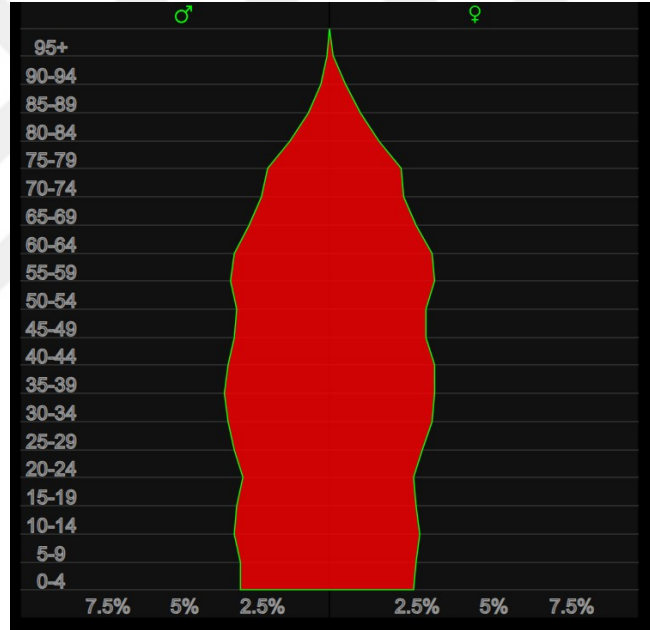
3.1. ANGLO-SAKSON ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Liberal refah rejim tipinin hâkim olduğu Anglo-Sakson ülkeleri denilen yapı İngiltere ile özdeşleşmiş bir yapı olmakla birlikte İngiltere ile ABD'nin etkisi altında kalmış olan Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada, İzlanda ve İrlanda'yı kapsamaktadır.

Anglo-Sakson ülkelerinde USB hizmetlerinde, gelir testi diğer adıyla varlık testi söz konusudur. Bu testte hizmet ihtiyacı olan kişilerin gelir durumu belirlenen kriterlerin altında çıkarsa kamunun sunduğu USB hizmetlerinden yararlanırlar. Aksi taktirde kamu destekli kuruluşlardan veya özel sektör kuruluşlarından ücretli olarak yararlanmaktadırlar. Bu ülkelerde USB'nın sağlık bakımı ile ilgili kısmı sağlık harcamaları olarak değerlendirilmektedir. Anglo-Sakson ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları OECD ortalamasının (4087 dolar) üzerinde olmasının temel sebeplerinden birinin bu olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca, bu ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzunluğu ve yaşlı nüfusun hızlı artışı söz konusudur. Bu ülkelerde doğum oranları, nüfusun yenilenme düzeyi olarak kabul edilen 2,1 doğumun altındadır. Bu haliyle Anglo-Sakson ülkeleri gümüş tsunaminin yoğun yaşandığı ülkelerdendir.

3.1.1. İngiltere’de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

İngiltere, 56,5 milyon kişilik nüfusu ile nüfus yoğunluğu bakımından dünyada 21. sıradadır. Ülkede yaş ortalaması 40,7 yıl olup OECD 2022 yılı Sağlık İstatistiklerine göre, ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi 81,4 yıldır (Grafik 3). Şekil 2, 2023 yılında İngiltere’nin nüfus piramidini göstermektedir. Piramit, hızla yaşlanmakta olan ülkelerde olduğu gibi dikdörtgenleşmeye başlamış olup doğum oranlarının azaldığı ve yaşlı nüfusun arttığı görülmektedir. Ülkede doğum oranı 1,5 doğumdur (Statista, 2023a). Ülkenin nüfus piramidine göre, özellikle 70’li yaşlar ile 90 yaş ve üstünde genişleme söz konusudur. Konuya yıllar bazında bakıldığında 90 yaş ve üstü nüfusun son 30 yılda %300 arttığı görülmektedir (Grafik 8).

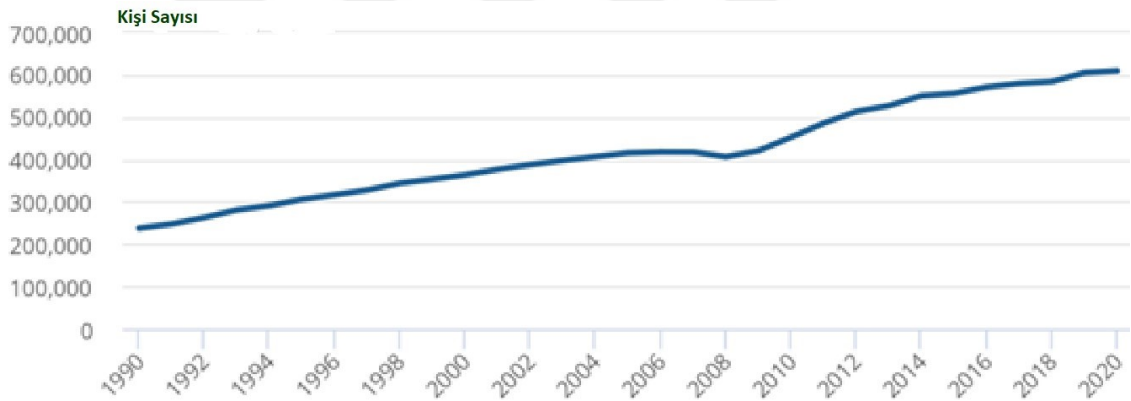


Şekil 2. İngiltere Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.b

Grafik 8, İngiltere’de 90 yaş ve üstü nüfusun 1990-2020 yılları arasındaki artışını göstermektedir. Grafik 8’e benzer şekilde ülkede 65 yaş ve üzerin nüfusta da artış bulunmaktadır. Ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 1950’lilerde %12,82 iken 2021 yılında %18,83’e yükselmiştir. Yaşlı nüfusta yaşanan bu artışların yatılı kurumsal bakım hizmetlerinden yararlananların sayısına etkisine bakıldığında beklenin

aksine USB hizmetlerinden yararlananların sayısının azaldığı görülmektedir. 2022 yılı verilerine göre, İngiltere’de yatılı kurum bakımından (huzurevi ve hemşire bakım evlerinden) yararlanan yaşlıların sayısı yaklaşık 200.000 olup USB hizmetlerinden ve desteklerinden yararlanan toplam yaşlı sayısı 817.915’tir. Bu sayı, 2015 yılından 2022 yılına geçen 6 yıllık süreçte %6,3 azalmıştır. Ulusal çapta yapılan çalışmalar sonucunda 1,6 milyon yaşlının bakım ihtiyacında olduğu, ancak bu ihtiyacın karşılanamadığı bulunmuştur. USB hizmetleri için yerel yönetimlere yapılan başvuruların sayısı ise 2 milyondur. Yerel makamlar, personel azlığı ve hizmet sunumunda yaşanan aksamalar sebebiyle hizmetlerin durdurulması veya kapatılmasına bağlı olarak USB hizmeti alan kişi sayısının azaldığını ve artan talebe yetişemediklerini belirtmektedirler. Covid-19 pandemisi döneminde düşüşün başladığı söylenmekte ve pandeminin var olan sorunları daha görünür kıldığı düşünülmektedir (National Health Statistics [NHS] Digital, 2022; Reeves vd., 2023).



Grafik 8. İngiltere’de 90 Yaş ve Üstü Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Office for National Statistics, 2021. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Ülkede, National Insurance adı verilen ulusal sigorta sistemi bulunmaktadır. Çalışanlar bu sisteme gelirlerine göre katkı payı ödemektedirler. İngiltere’de ulusal sigorta sistemi; sağlık sigortası, işsizlik sigortası, doğum izni ve yardımları, engelli yaşam yardımları ile engelli bakım yardımları ve emeklilik sistemini kapsamaktadır (Ezer, 2016). Ülkede sağlık hizmetlerinde tüm nüfus kapsam altındadır ve ulusal sağlık sistemi mevcuttur. Sağlık hizmetleri büyük ölçüde ücretsiz olmakla birlikte kapasite yetersizliği ve uzun bekleme sıraları mevcuttur (Eke ve Kişi, 2019). USB hizmetlerinde ise evde sağlık bakımı

ulusal program çerçevesinde Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service) tarafından sağlanırken, sosyal hizmetler kapsamında sunulan bakıma yönelik hizmetler gelir testine bağlı olarak yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Ancak yerel yönetimler tarafından sunulacak hizmetin kapsamı ve çeşitliliği ile ilgili standartlar bulunmamaktadır (Merlis, 2004; Ayhan, 2014). Ülkede bakım hizmetlerinin kalitesine yönelik standartlar ulusal çapta minimum ölçüde (National Minimum Standards) belirlenmiş olup sonuçlar değişen süreçlere yönelik izlemlere dayanmaktadır. Ayrıca hizmet alanların geri dönüşleri bu standartlar kapsamında değerlendirilmemektedir (Wiener, 2007).

Ülkede evde sunulan USB hizmetleri sağlık bakımı olarak değerlendirilmektedir. Barınma ihtiyacı ve yalnızlık gibi sebeplerle kurum bakımına alınması gereken yaşlıların tespiti ve kurumsal bakım hizmetlerinin sunumu işi yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Ancak, yerel yönetimler tarafından sunulan yatılı kurumsal bakım hizmetlerinden belli oranda ücret alınmaktadır (Wittenberg vd., 2001). Bunun yanında tamamı ulusal sağlık sistemi tarafından finanse edilen bakım merkezleri ile özel sektöre ait yatılı bakım merkezleri ve gönüllü huzurevleri de bulunmaktadır.

Ülkede kurumsal bakım hizmetlerinin geri ödemesi gelir testine bağlı olarak tamamı devlet tarafından, bir kısmı devlet tarafından veya cepten ödeme şeklinde gerçekleşmektedir. Gelir testinde belirlenen miktarın üstünde geliri olan yaşlılar bireysel ödeyici olarak adlandırılmakta ve hizmet masraflarını kendilerinin karşılaması beklenmektedir. Buna rağmen, kamuya ait merkezlerde 65 yaş ve üzerine yönelik USB hizmetlerinin %28,4'ü, engellilere yönelik (18-64 yaş arası) bakım hizmetlerinin %6,8'i kendi kendini finanse edebilmektedir (Office for National Statistics, 2023). Kamuya ait USB hizmeti sunan kuruluşların kendi kendini finanse etmede kısıtlı kalması devletin USB harcamalarını arttırmaktadır. Şöyle ki, 2022 yılı verilerine göre yerel yönetimler USB hizmetleri için toplam 26,9 milyar euro harcama yapmıştır. USB hizmetleri için yapılan bu harcamaların yaklaşık %70'i devlet bütçesiyle, %11,9'u kullanıcı katkılarıyla, %15,3'ü NHS katkılarıyla finanse edilmiştir (NHS Digital, 2022). Devletin USB harcamaları ile ilgili finansal yükünün fazlalığı, özel sektörün teşvik edilmesine neden olmaktadır.

Konuya yatak kapasiteleri açısından bakıldığında, 2005 yılı verilerine göre İngiltere’de yatılı bakım hizmetlerinde kamunun payı %10’un altındadır. İngiltere’de yaşlılara yönelik yatılı bakım merkezlerinin yatak kapasitelerine ve mülkiyet tiplerine bakıldığında yatak kapasitesinin %78’inin (381.000 yatak) özel sektöre ait olduğu görülmektedir. Yaşlılara yönelik yatılı bakım merkezlerinin yatak kapasitelerinin %14’ü (68.000 yatak) gönüllülere ait merkezlere ve %8’i (39.000 yatak) yerel yönetimlere aittir (Çadır, 2017). Buna göre İngiltere’de yaşlılara yönelik yatılı USB hizmetlerinin sunumunda özel sektörün hakimiyeti söz konusudur.

Son dönemde ülkede bakım hizmetlerinde özel sektörün bu denli hâkim olması tehdit olarak algılanmaktadır. Şöyle ki, ülkede USB hizmetleri sunan şirketler incelendiğinde 10 zincir bakım merkezi göze çarpmakta olup bunların toplam yatak kapasitesi 224.871’dir (Çadır, 2017). Bu rakam ülke genelindeki yaşlı bakım merkezlerinin %46’sına, özel sektörün ise %59’una denk gelmektedir. Bu durum İngiltere özelinde bakım hizmetlerinin tekelleşmesi sorununu gündeme getirmektedir.

Konuya USB alanında çalışanların çalıştıkları kurumların mülkiyet tipine göre bakıldığında, çalışanların %78’inin özel sektörde çalıştığı görülmektedir (Eurofound, 2020). Buna göre özel sektör USB çalışanlarının istihdamında önemli bir yere sahiptir. Ancak USB alanında çalışanların, kuruluşlardaki devir hızına bakıldığında tüm meslekler için personel devir hızının %28,3 olduğu görülmektedir. Bakım elemanları özelinde bakıldığında personel devir hızı %35,6, hemşireler özelinde bakıldığında ise %32,6’dır. İş ortamının kalitesizliği, çalışma şartlarının ağırlığı ve iletişim problemleri sebebiyle çalışanlar aynı kuruluştaki devamlı çalışmak istememektedir (Foster, 2023).

Özel sektörde yaşanan tüm bu sorunlar neticesinde, 11 Haziran 2011 tarihinde İngiltere’de bakım hizmeti sunan Shouthern Cross ve Castle Beck firmaları iflas etmiş ve buralarda yaşayan yaşlıların nasıl bakılacağı sorun olmuştur. Bu örnekler sebebiyle ülke genelinde bakım hizmetlerinde özel sektörün bu denli hâkim olması ve özel sektör içinde de tekelleşmenin başlaması yaşlılara yönelik USB hizmetlerinde alternatiflerin geliştirilmesi ihtiyacını artırmaktadır.

Ülkede GSYH hasıla içinde USB harcamalarının oranına bakıldığında, bu oranın %2,2 olduğu görülmektedir. Bu oran, OECD ülke ortalamasının (%1,5) üzerindedir. Ülkede kişi başına düşen GSYH 46.371 dolar olmasına rağmen kişi başına yıllık sağlık harcamaları toplamı 4500 dolar olarak açıklanmıştır (OECD, 2021c). Bu rakamlara oransal açıdan bakıldığında İngiltere’de bir kişinin yıllık gelirinin yaklaşık 10’da 1’i sağlık gideridir. USB hizmetlerine yapılan harcamalar incelendiğinde, toplam USB harcamalarının %30,9’u fiziksel desteklere, %29,4’ü öğrenme güçlüğüne geliştirmeye, %7,4’ü hafıza ve bilişsel desteklere, %7’si mental sağlık desteklerine ve %0,8’i duyuşsal desteklere yapılmıştır (NHS Digital, 2022).

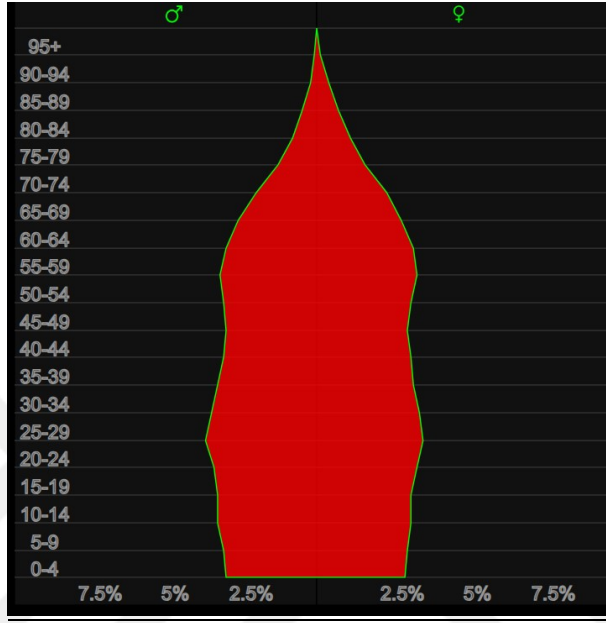
Genel olarak İngiltere’nin sağlık ve bakım hizmetlerine ve bunlara yapılan harcamaların düzenine bakıldığında sistemin, hizmet sunumu ve finansman konularında açık verdiğı görülmektedir. Bunun yanında ülke hızla yaşlanmakta ve yaşlanmanın getirdiğı sosyal ve ekonomik sonuçlarla da baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu ekonomik ve demografik yapı içinde artan bakım talebi karşısında kurumsal bakım hizmetlerine olan talebin karşılanması zorlaştığı için “yaşlılar köyü” uygulamasına geçilmiştir. Yaşlılar köyü uygulaması için ülke genelinde özel bölgeler oluşturulmuştur. Bu köylerde yaşlılar ile ilgilenecek profesyoneller bulunmakta ve yaşlılar profesyonel desteğe ihtiyaç duyduklarında hizmete kolaylıkla erişebilmektedirler. Aynı zamanda, kendilerine ait kararları kendileri alabilmeleri sağlanmaktadır (Taşçı, 2010).

İngiltere hizmet arzı oluşturmada ve bu hizmetleri finanse etmede zorluklar yaşa da yüksek eğitimli USB çalışanları konusunda OECD ülkeleri arasında dördüncü sıradadır. Buna göre ülkede USB alanında çalışanların %16’sı düşük eğitimli, %54’ü orta seviyede eğitimli ve %30’u yüksek eğitimlidir. Yüksek eğitim düzeyinden kasıt lisans ve lisans üstü eğitimlerdir (OECD, 2021d).

3.1.2. ABD’de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Nüfus yoğunluğu bakımından dünyanın üçüncü büyük ülkesi, yaklaşık 333 milyon nüfus ile ABD’dir. OECD 2022 yılı sağlık istatistiklerine göre 2022 yılı itibari ile ülkede doğuşta beklenen yaşam süresi 78,5 yıldır (Grafik 3). Ülkenin doğum oranı ise 1,66

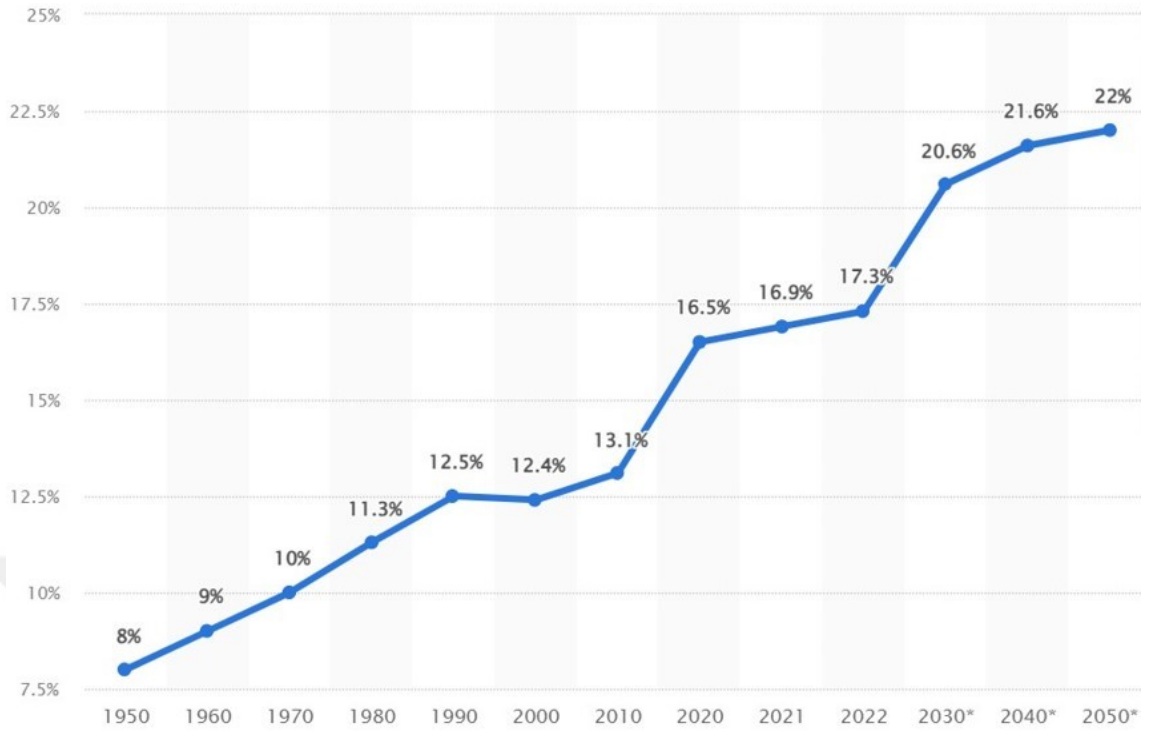
doğumdur (Statista, 2023b). Şekil 3, ABD'nin nüfus piramidini göstermektedir. Buna göre nüfusun en yoğun olduğu yaş aralıkları 25-29 yaş aralığı ile 55-59 yaş aralığıdır. Henüz 65 yaş üstünde yoğunluk gözlenmemekle birlikte nüfus tahminlerine göre 2030 yılı itibari ile ülkede yaşayan her 5 kişiden 1'i 65 yaş ve üzerinde olacaktır.



Şekil 3. Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.c

Ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 1950'li yıllarda %8 iken 2022 yılında %17,3'e yükselmiştir (Grafik 9). Ülkenin ortalama yaşı 1990'larda 33 iken 2025'te 39,6 olması beklenmektedir. Ortanca yaş, tüm nüfus yaş sırasına göre dizilince ortada kalan kişinin yaşını ifade etmektedir. Bir ülkede ortalama yaşın yükselmesi yaşlı nüfusun genç nüfusa göre daha hızlı arttığını göstermektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı ile doğum oranı ve ortalama yaş verilerine göre ABD'nin hızla yaşlandığını söylemek mümkündür.



Grafik 9. ABD’de 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Statista, 2023c.

ABD’de sağlık sistemi özel sektör ağırlıklı olmakla birlikte kamunun desteklediği hizmetler de bulunmaktadır. Kamunun sunduğu sağlık hizmetleri Medicare ve Medicaid adı verilen gelir durumu düşük olan, sağlık ve bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik sağlık hizmet fonlarından oluşmaktadır. Medicare 65 yaş ve üzeri Amerikalılara hizmet eden finansmanı federal hükümet olan sağlık programı olmakla birlikte USB hizmetlerine de katkı sağlamaktadır. Medicaid öncelikle çocuk ve engelli olmak üzere gelir durumu olmayanlara yönelik sağlık programıdır. Ancak, Medicaid akut ve post akut sağlık hizmetlerini karşılamakta, uzun süreli sağlık bakımını kapsamamaktadır. Konu ile ilgili tarihsel gelişim “Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Tarihçesi” bölümünde anlatılmıştır. Bu programlar federal hükümetin sağlık hizmetleri ile ilgili kuruluşu olan ABD Federal Sağlık ve İnsan Hakları Departmanı (HHS) tarafından yönetilmektedir (Ertaş ve Kırarç, 2018). Federal hükümete bağlı sosyal hizmet kuruluşları da bulunmaktadır. Bu kuruluşlar barınma yardımı, çocuk bakım desteği, gıda yardımı, sağlık ve bakım yardımları yapmaktadır (USAGov, t.y.). Federal hükümetlerin sağladığı bu gibi destekler için ABD bütçesinden yıllık yaklaşık 1 trilyon ayrılmaktadır (Cantekin, 2019). Ayrıca ABD’de

yaşlılara yönelik ulusal hizmetleri yürütmekle görevli Yaşlılık İdaresi (Administration on Ageing) bulunmaktadır. Bu kurum, ülkede yaşayan yaşlıların temel sorun alanları olan beslenme ve sağlık programları, yaşlı hakları, USB ombudsmanlığı, yaşlılar arası networkler, aile destekleri ve gönüllü desteklerle ilgili programları takip etmektedir (Administration for Community Living [ACL], 2021).

Ülkede kişi başına yıllık sağlık harcamaları toplamı 10948 dolardır. OECD verilerine göre (Grafik 5), ABD sağlık harcamalarının en çok yapıldığı ülkedir. ABD’de sağlık harcamalarının %48’ini kamu kaynakları, %40’ını özel sağlık sigortaları, geri kalanın %12’si ise cepten ödemelerden oluşmaktadır. 2013’te özel sağlık sigortası harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 33’ünü oluşturmaktadır (Ertaş ve Kırar, 2018). Bazı özel sağlık sigortaları kurumsal bakım hizmetleri içinde sağlık bakım ücretlerini karşılamakla birlikte bu hizmetler çoğunlukla ekstra ödemeler olarak hizmet alanlardan tahsil edilmektedir. 2019 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun ortalama cepten sağlık harcaması 6.833 dolardır. Bu miktar 2009 yılından itibaren 10 yıllık süreçte %41 artmıştır (ACL, 2021). Bunun nedeni olarak özel sağlık sigortalarının yaşlılığa bağlı bazı rahatsızlıkları kapsam dışına almasından kaynaklandığı söylenmektedir.

Ülkede genel olarak USB hizmet harcamalarına bakıldığında GSYH içinde USB harcamalarının oranı %1,6’dır. Bu oran, OECD ülke ortalamasına (%1,5) yakın seyretmektedir. 2019 yılında ülke genelinde toplam USB harcaması 423,1 milyar dolar olmuştur. Bu harcamaların %64’ü Medicare ve Medicaid tarafından ve %6’sı Gaziler Sağlık Yönetimi (Veterans Health Administration) tarafından finanse edilmiştir. Yani, ülkedeki toplam USB harcamalarının %70’i devlet tarafından finanse edilmiştir. Buna karşın, USB harcamalarının %15’i özel sigortalar tarafından finanse edilmiştir. Cepten ödemelerle finanse edilen USB harcamalarının oranı ise %15’tir. 1999 yılından 2019 yılına kadar geçen 20 yıllık süreçte kamunun USB fonları %8 arttırılmıştır (Congressional Research Service, 2021).

Yaşlanmakta olan ülkede, yaşlıların en önemli sorunlarının başında yoksulluk, sağlık ve bakım hizmetlerine erişim gelmektedir. 2017 yılı verilerine göre 65 yaş ve üstü nüfusun %9,2’si yoksulluk sınırının altındadır. 2020 yılı verilerine göre bu oran %13,8’

yükselmiştir. Ayrıca 65 yaş ve üzerin nüfusun %27'si yalnız yaşamaktadır (ACL, 2021). Bu durum barınma, yemek ve sağlık ihtiyaçlarının desteklenmesi gereken nüfus anlamına da gelmektedir. Yine 2017 yılı itibari ile ABD'de 65 yaş ve üzeri nüfus içinde USB alanların oranı %9,9'dur (Grafik 2). Ancak, bu oranın ne kadarının yoksulluk sınırı altında yaşayan yaşlılara ait olduğu ile ilgili veriye ulaşamamıştır. ABD geliri düşük yaşlılar federal hükümetin ve gönüllülerin desteklediği kurumsal bakım hizmeti sunan kuruluşlardan faydalanırken, gelir durumu iyi olanlar tamamen özel kuruluşlardan hizmet almaktadırlar. ABD'de 65 yaş ve üzeri nüfusun %5'i bakımevlerinde yaşamaktadır (Özmete ve Hussein, 2017).

Ülkede 65.600 USB merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerin %70'i yaşlılara yönelik hizmet sunan merkezlerdir. Bu merkezlerin %44'ü huzurevi, %23,8'i hemşire bakım evi, %13,6'sı evde bakım hizmeti sunan evde bakım organizasyon merkezi (home health agencies), %7'si gündüz yaşam merkezi ve yine %7'si hospisdir (Caffrey C. vd, 2021). Bu merkezlerden hizmet alanların %55'i 85 yaş ve üzerindedir (CDC, 2019). Bu da gösteriyor ki, ABD'de de yaş yükseldikçe kurumsal bakım ihtiyacı artmaktadır. USB hizmetlerinin %70,8'i yatılı merkezlerde sunulmakla birlikte USB harcamaları içinde yatılı kurum bakımının payı%38'4'tür.

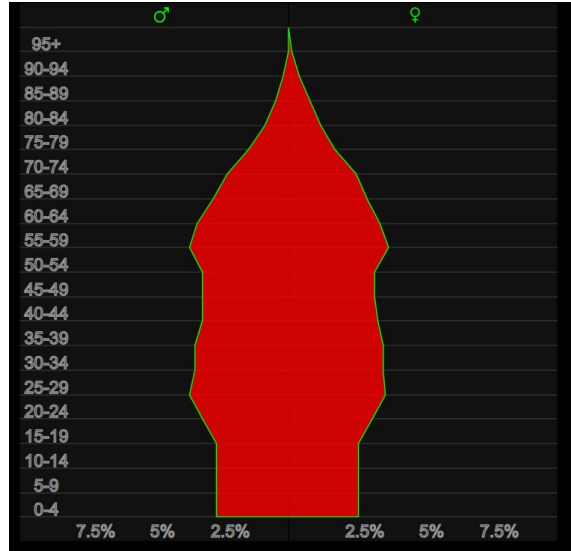
USB'a en çok ihtiyaç duyulan rahatsızlık sebepleri ise felç ve Alzheimer'dır. Ülkede Alzheimer hastalığı 65 yaş ve üzerinde ortalama %10, 85 yaş ve üzerinde yaklaşık %32'dir. Alzheimer ülkede ölüm sebepleri arasında 6. sıradadır. Bu haliyle ülkede uzmanlaşmış bakım hizmetlerine ihtiyaç yüksek seviyededir. Ülkede uzmanlaşmış bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan diğer bir grup da engellilerdir. Ulusal Engelli Hakları Ağı (National Disability Rights Network-NDRN) ulusal düzeyde engellilere yönelik hizmetleri yürütmektedir. Engellilerin, yaşlılardan farklı olarak eğitim desteklerine ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu konu ile ilgili Eğitim Bakanlığı, özel gereksinimli bireylere yönelik programlar geliştirmektedir. Gelir durumu düşük olan engellilere yönelik eğitimler yine federal hükümetler tarafından desteklenmektedir (Cantekin, 2019).

Ülke genelinde 65 yaş ve üzerinde yatılı kurumsal bakım hizmeti alanların sayısı 926.842'dir. Bu sayı 2010 yılında 1.354.579'dur. 2010 yılından itibaren 65 yaş ve

üzerinde USB hizmeti alanların sayısı %31,5 azalmıştır (OECD, 2023). Bunun nedeni olarak Medicaid kapsamına uygun olmayan orta gelirli yaşlıların USB veren yatılı kuruluşların masraflarını karşılamamaları olduğu söylenmektedir. Ayrıca USB hizmet kullanımının azalmasında Covid-19 pandemisinin toplum üzerinde yarattığı evde kalma hissinin de etkili olduğu söylenmektedir (Millien, 2021). Kuruluşlardan yararlanamayan yaşlıların sayısı artıkça kuruluşların boş yatak kapasitesi de artmakta ve bu da USB alanında çalışanların istihdamını zorlaştırmaktadır. ABD’de her 100 yaşlıya bakım veren çalışanların sayısı 5’tir. Bu sayı OECD ortalaması ile aynıdır. Bu çalışanların %10’u düşük eğitilmiş, %72’si, orta düzeyde eğitilmiş ve %18’i yüksek eğitilmiştir (OECD, 2023). ABD’de evde bakımda çalışanın eğitim düzeyi artıkça saatlik ücreti de artmaktadır. USB alanında çalışanların istihdamını artırmak ve hem kurumsal bakımın hem de evde bakım hizmetinin ulaşılabilir olmasını sağlamak için Amerikan Sağlık Derneği (American Health Care Association-AHCA) “Yaşlılarımıza Bakım Yasası” (Care For Our Seniors Act) isimli bir yasa önerisi sunmuştur (Millien, 2021). Bu öneri USB alanında çalışanlar için vergi kredileri ve çocuk bakım desteği ile uygun fiyatlı konut desteği gibi çalışanları cezbetmeye ve elde tutmaya yönelik hükümler içermektedir. Ancak, önerinin ne aşamada olduğu ile ilgili bilgiye ulaşamamıştır.

3.1.3. Kanada’da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Kanada, Kuzey Amerika kıtasında yer alan ve çoğunluğu yabancı göçmenlerden oluşan yaklaşık 39 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi 82,2 yıldır. Ülkenin ortalama yaşı 41’dir. Kanada’da doğurganlık oranı 1,43 doğumdur (Statista, 2023d). Şekil 4, 2020 yılı Kanada nüfus piramidini göstermektedir. Buna göre 55-59 yaş aralığı ile 25-29 yaş aralığında yoğunluk gözlenmektedir. Bu verilere göre ülke hızla yaşlanmaktadır.



Şekil 4. Kanada Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.d

Ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 1950’lilerde %7,89 iken 2021 yılında %18,52’ye yükselmiştir. Bunun yanında nüfusun %22’si 55 ile 64 yaş aralığındadır. Ülkede bu yaş aralığı insanların emekli olmaya hazırlandığı grup olarak kabul edilmekte ve hem USB hizmet modellerini belirlemede hem de yaşlanmakta olan nüfusa yönelik ekonomik unsurları planlamada önemli görülmektedir. Ülkede 85 yaş ve üzeri nüfus kurumsal bakım ihtiyacının en yüksek olduğu yaş aralığı olarak görülmektedir. 85 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı 2021 yılında %16 iken 2031 yılında %33 olması beklenmektedir (Grafik 10). Bu da yaşlılara yönelik kurumsal bakım ihtiyacının en az iki kat artacağı anlamına gelmektedir.



Grafik 10. Kanada’da 85 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Statistics Canada, 2022. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Ülkede sağlık ve bakım hizmetleri genel olarak devlet tarafından karşılanmakla birlikte tamamlayıcı sigorta sistemi gelişmiştir. Ülkede kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında bekleme sürelerinin uzunluğu söz konusu iken özel sektörde bu sorunlar yaşanmamaktadır. Benzer durum yaşlı bakım hizmetlerinde de mevcuttur.

2017 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus içinde USB alanların oranı %4,1’dir (Grafik 2). Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü (Canadian Institute for Health Information)’ne (2021) göre ülkede yaşlılara yönelik yatılı bakım hizmeti sunan 2076 merkez bulunmaktadır. OECD’nin 2023 yılı verilerine göre ülke genelinde yatılı merkezlerden USB hizmeti alanların sayısı 250.082 kişi olmuştur. Bu rakam 2015 yılında 221.368’dir. Bu farkı kapatmada özel sektör önemli olmuştur.

Yaşlılara yönelik bakım hizmeti sunan merkezler; palyatif dönem bakımı için hemşire bakım evleri, destek bakım için sürekli bakım merkezleri ve sosyal endikasyonların giderilmesi hizmetleri ile kısmi sağlık hizmetlerinin verildiği rezidans huzurevleri olarak ayrılmaktadır. Bu merkezler 7 gün 24 saat esasına göre sağlık ve bakım hizmetlerini vermektedir. Ülkede hizmet ihtiyacının tespiti GYA’lerinde bağımlı olma durumuna göre yapılmaktadır.

Ülkede Alzheimer ve demans gibi nöro dejeneratif hastalıklara yönelik hizmet geliştirme ihtiyacı artmaktadır. Kanada sağlık istatistiklerine göre 65-74 yaş arası her 40 kişiden biri

ve 85 yaş üzerinde her 3 kişiden biri Alzheimer/demans hastasıdır (Statistics Canada, 2010). Bu oranın her yıl arttığı belirtilmektedir. Bu durum ülkede yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili alarm vermektedir. Ülkede yaşlı bakımı ile ilgili bir diğer konu dil bariyerleridir. Ülke genel olarak göçmen nüfus ağırlıklı olduğu için yaşlanan nüfus içinde farklı dillerin konuşulması söz konusudur. Bu kişiler ile ileri yaş bakım hizmetini sunacak personelin aynı dili konuşamaması iletişim problemlerine sebep olmaktadır (Estabrooks vd., 2015).

Nüfus istatistiklerine bakıldığında ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %96'sı yatılı USB hizmeti almamaktadır. Bunun sebebi ülkede yaşlılık döneminde sunulan evde hizmet çeşitliliğidir. Kanada'da evde bakım hizmetleri üç alanda sunulmaktadır. Bunlar akut dönem bakımı (hastane sonrası veya travma sonrası bakım), USB hizmetleri ve koruyucu ve önleyici evde destek hizmetleridir. Koruyucu ve önleyici evde destek hizmetleri kapsamında Info Sante 811, Meals on Wheels gibi hizmet türleri mevcuttur. Info Sante 811, 7/24 esasına göre ücretsiz olarak telefonla bağlantı ile sunulan bir sağlık danışma hizmetidir. Bu hizmette yaşlılar, acil olmayan sağlık durumları ile ilgili sağlık profesyonelleriyle telefonla görüşme sağlamaktadır. Meals on Wheels hizmeti ise yaşlı ve engelliler için eve sıcak yemek hizmetidir. Ayrıca ev işlerine yardım, evde teknik destek hizmetleri de sunulmaktadır. Bunların dışında işitme cihazları, görme kusurlarının tespiti ve kullanılması gereken ekipmanlar, optometrik hizmetler, FTR hizmetleri, ambulans hizmetleri ve ilaçlar 65 yaş ve üstüne ücretsiz temin edilmektedir. Engelliler için paratransit servisler mevcut olup hareket ve yürüme güçlüğü çekenlerin bu hizmetten yararlanması sağlanmaktadır (Başdoğan ve Özdemir, 2020).

Kanada'da evde profesyonel bakım hizmetleri de gelişmiştir. Evde profesyonel bakım hizmetleri tıbbi bakım, ilaç uygulamaları, özbakım destekleri, FTR, psikoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, pulmoner rehabilitasyon ile geriatri, psikiyatri gibi branşlarda danışma hizmetleri şeklinde sunulmaktadır.

Çeşitlendirilmiş bakım hizmetlerine sahip Kanada'da USB harcamalarına bakıldığında, bu oranın GSYH içinde %2 olduğu görülmektedir. USB harcamalarının %65'i hemşire bakım evlerine, %15'i hastanelerin USB bölümüne, %18'i ise evde bakım hizmetlerine ve %2'si sosyal desteklere aittir. Kamu destekli sunulan hizmetlerin yanında özellikle

yatılı bakımda özel sektörün payı büyüktür. Ülkedeki bakım evlerinin %54'ü kamuya ait iken, %46'sı özel sektöre aittir. Ülkede kişi başına düşen sağlık harcaması 5370 dolardır. Canadian Institute For Health Information 2022 verilerine göre sağlık harcamalarının %67'si personel ücreti ve %16'sı ilaç ve medikal ürünlere aittir. Bu harcamalara USB hizmetleri kapsamında yapılan sağlık harcamaları da dahil edilmiştir. Ancak, USB hizmetleri kapsamında sağlık hizmetlerinin ne kadar yapıldığı ile ilgili veriye ulaşılamamıştır.

Kanada'da yaşlı bakımında çalışan bakım elemanı ve hemşirelerin sayısına bakıldığında her 100 yaşlıya 3 kişi ile baktıkları görülmektedir. Bu rakam OECD ülke ortalamasının (5 kişi) altındadır. Bu çalışanların eğitim düzeylerine bakıldığında %4'ü düşük eğitilmiş, %76'sı orta seviyede eğitilmiş ve %20'si yüksek eğitimlidir (OECD, 2021d). Ülkede USB alanında çalışacak kalifiye personel sorunu söz konusudur. Kamunun Covid-19 pandemisi döneminde yatılı kurumlarda çalışanlara yeterli desteği vermeyişinin, çalışanları lidersiz bıraktığı söylenmektedir. Pandemi dönemi ile birlikte yatılı kuruluşlarda çalışanlara yeterli psikolojik desteklerin sunulmaması, ağır çalışma koşulları ile birleşince kuruluşlarda personel açığı oluşmaya başlamıştır (Chan-Nguyen ve Gradi, 2022). Yatılı USB hizmeti sunan kuruluşlara yönelik devletin ne gibi stratejiler ve politikalar belirlediği veya belirleyeceği ile ilgili kaynaklara ulaşılamamıştır.

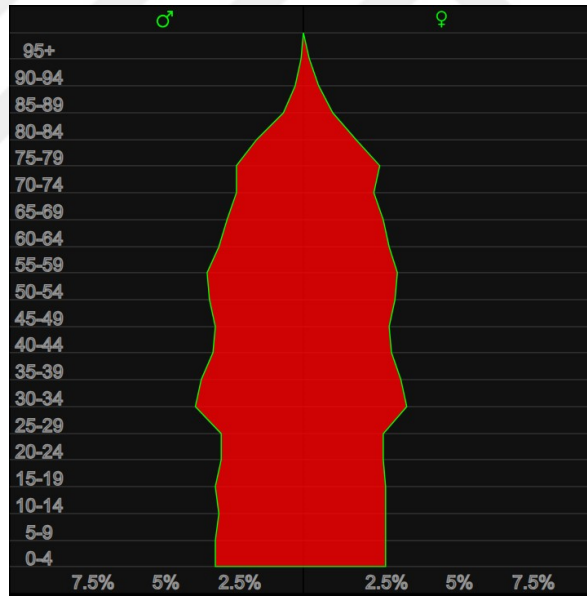
3.2. İSKANDINAV ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

İskandinav ülkeleri İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya gibi Kuzey Avrupa ülkelerinden oluşmaktadır. Bu ülkelerde sosyal demokrat refah rejimi hakimdir. Sosyal demokrat refah rejiminin gelişmesinde en büyük katkı İsveç'e ait olduğu için bu rejim tipi İsveç modeli olarak da adlandırılmaktadır. Bu modelde yer alan ülkeler sağlık ve bakım hizmetlerini tüm nüfusu kapsayacak şekilde düzenlemiş ve bakım ihtiyacında olan bireylere yönelik hizmetleri planlarken sosyal içerme perspektifinden bakmışlardır. İsveç modelini benimsemiş ülkelerde sağlık ve USB hizmetlerinde kurumların sorumluluk alanları yasal düzenlemelerle net olarak belirlenmiştir (WHO, 2022). Ayrıca İskandinav ülkeleri GSYH içinde USB harcamalarının en yüksek olduğu ülkelerdir. Bu ülkeler, yaşlı

bakımında hemşire ve bakım elemanının en çok istihdam edildiği ülkelerdir. Bu bölüm altında geçen tüm ülkelere değinilmeyip aşağıda sadece İsveç ve Norveç'te uzun süreli bakım hizmetleri incelenecektir.

3.2.1. İsveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

İsveç yaklaşık 10 milyonluk nüfusu ile dünyanın en gelişmiş toplumlarından biridir. Ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı yaklaşık %25'tir. 80 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı ise %5,2'dir. Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi 82,4 yıl olup ortalama yaş 41,2'dir. Doğum oranı 1,8 doğumdur (Statistica, 2023). Şekil 5 İsveç'in nüfus piramidini göstermektedir. Piramide göre, 30-34 yaş aralığı ve 55-59 yaş aralığı ile 75-79 yaş aralığında genişlemeler söz konusudur. Bu haliyle İsveç yaşlı nüfusa sahip ülkelerdendir.

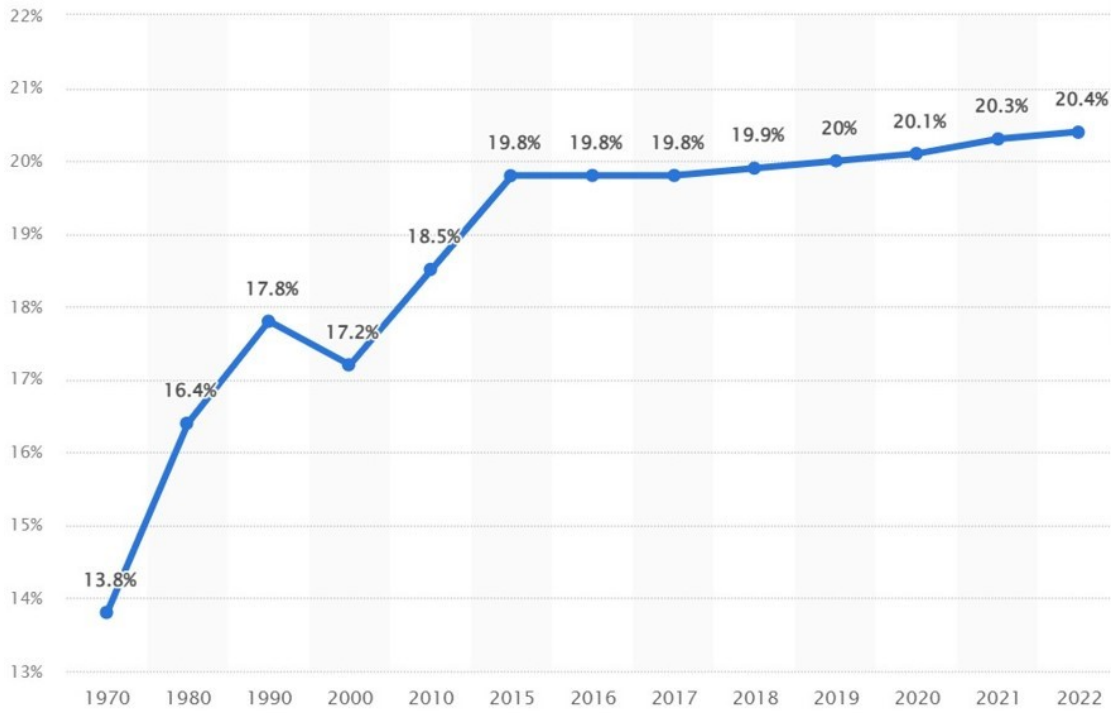


Şekil 5. İsveç Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.e

Grafik 11, İsveç'te 65 yaş ve üzerin nüfusun 50 yıllık değişimini göstermektedir. Grafığe göre, 1970 yılında ülkedeki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %13,8 iken 2022 yılında %20,4'e yükselmiştir. Grafik 11'de İsveç'te yaşlı nüfusun 1970'den 1990'a kadar

yükseldiği ancak 1990 ve 2000 yılları arasında düştüğü gözlenmektedir. Bunun nedenlerinden biri, 1990 yılında ülkede konut piyasalarına bağlı mali krizin yaşanmış olabilir. Mali krize bağlı olarak ülkenin GSYH'sı %5 düşmüştür (Englund, 1990). Bunun sonucunda enflasyonun yükselmeye başlaması ile istihdamda %10 düşme yaşanmıştır. Bu ortamda devlet, vatandaşlarının refahını sağlamak için reform çalışmaları başlatmış ve 1992'de Adel Reformunu gerçekleştirmiştir (Olsen, 1999). Bu dönemde 65 yaş ve üzeri nüfusun düşmesinin bir diğer nedeni doğum oranının yükselmesi olabilir. Şöyle ki, ülkede 1970 yılında doğum oranı 1,8 iken 1990-2000 yılları arasında 2.13'e yükselmiştir. Bu yükselişte kamunun ailelere verdiği destek etkili olmuş olabilir. Ancak 2000 yılından sonra doğum oranı yeniden düşmeye başlamış ve Grafik 11'de görüleceği gibi 65 yaş ve üzeri nüfus artmaya başlamıştır.



Grafik 11. İsveç'te 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Statista, 2023e.

İsveç'te sosyal güvenlik sistemi tüm nüfusu kapsamakta ve özellikle yaşlılar, engelliler, maluller ve çocuklu ailelere mali destek sağlanmaktadır. Ülkede sosyal sigorta sistemi bireysel temele dayanmaktadır. Sistemde gelire dayalı yardımlar ile gelir testine bağlı

yardımlar bulunmaktadır. Sosyal sigorta sisteminin finansmanı işçi ve işveren katkı payları ve vergiler yoluyla sağlanmaktadır. Bu haliyle karma bir modele sahiptir (Egeli, 2015).

İsveç'te sosyal yardımlarda ikamet şartı aranmaktadır. Buna göre çocuk yardımı, bakım ödeneği ve barınma yardımları yapılmaktadır. Ülkede sağlık ve sosyal hizmetler Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı ve buna bağlı Sağlık ve Refah Kurulu tarafından yürütülmektedir. Ülkede sağlık ve tıbbi bakım hizmetleri ağırlıklı olarak devlet tarafından sunulmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde hastalardan cüz'i miktarlarda katkı payı alınmaktadır. Sağlık kuruluşlarının çoğunluğu kamuya aittir. Ancak bazı bölgelerde finansmanı kamuya ait olan ama özel sektör tarafından idare edilen sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Ülkede herkes Sağlık Bakım Yasası uyarınca sağlık bakım garantisi altındadır (Tüzün, 2006). Ülkede USB hizmetleri, USB sigortası tarafından finanse edilmektedir. USB sigortası gelirleri, genel vergi gelirlerinden ve işveren paylarından oluşmaktadır (Bal, 2016; Egeli, 2015).

2020 yılı verilerine göre, ülkenin GSYH'sı içinde sağlık harcamalarının payı %11,38'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 5.734 dolardır. Sağlık harcamalarında cepten ödemelerin oranı %13,03'tür ve kişi başına düşen cepten ödeme miktarı 785,5 dolardır (Global Health Observatory, 2023). İsveç'te tüm vatandaşlar sağlık güvencesine sahip olduğu halde cepten ödemelerin %13,03 olmasının nedeni kamunun hizmet sunduğu sağlık kuruluşlarında var olan uzun bekleme süreleridir. Bekleme sürelerinin uzunluğuna bağlı olarak gelir seviyesi yüksek olanlar özel kuruluşları tercih etmekte ve cepten ödemeyi kabul etmektedirler (Skoglund, 2016). Ülkenin GSYH içinde USB harcamalarının oranı %3,4'tür. İsveç OECD ülkeleri sıralamasında GSYH içinde USB harcamalarının en yüksek olduğu dördüncü ülkedir (Grafik 6). İsveç'te USB hizmetlerinin %58'i yatılı merkezlerde, yaklaşık %26'sı evde ve %16'sı sosyal desteklerle sağlanmaktadır (Grafik 7). Yatılı merkezlerin %91'i kamuya, %9'u özel sektöre aittir.

İsveç'te yatılı kurumsal bakımda ve evde bakımda öncelikli yerel yönetimler sorumlu olmakla birlikte özel kuruluşların faaliyetlerine de izin verilmektedir. Bu durum 1992

yılında ‘Ädel reformuyla’ gerçekleşmiştir. Buna göre yerel yönetimler, yaşlıların ve engellilerin bakımından tamamen sorumludur. Bu kapsamda yerel yönetimler özel ihtiyaçları olan kişilere bakmak, ev işleri ile kişilerin ihtiyaç duydukları öz bakımlarını yapmak ve özel durumları olan kişilere uygun özel mekanlar inşa etmek durumundadır (Fukushima vd., 2010).

Sunulacak bakım hizmetinin türüne bireyin GYA’lerinde bağımlılık durumuna göre karar verilmektedir. GYA bağımlılık durumu ile bireyin sosyal destek ihtiyacı durumuna göre kurumsal bakım, özbakım ve GYA desteklerinin sunulduğu düzenli evde bakım, evde sağlık hizmetleri, evde danışmanlık hizmetleri evde temizlik, evde yemek gibi evde destek hizmetlerini kapsamaktadır. Evde danışmanlık ve evde destek hizmetleri evde yardım asistanları tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetler gönüllü faaliyetler ile de desteklenmektedir (Gürer, 2021, ENEPRI, 2010). Ayrıca yerel yönetimler engelli bireylerin toplumsal hayata katılımlarını sağlamak ile yaşlıların kendilerini güvende ve bağımsız hissedecek şekilde yaşamalarını sağlamak durumundadır.

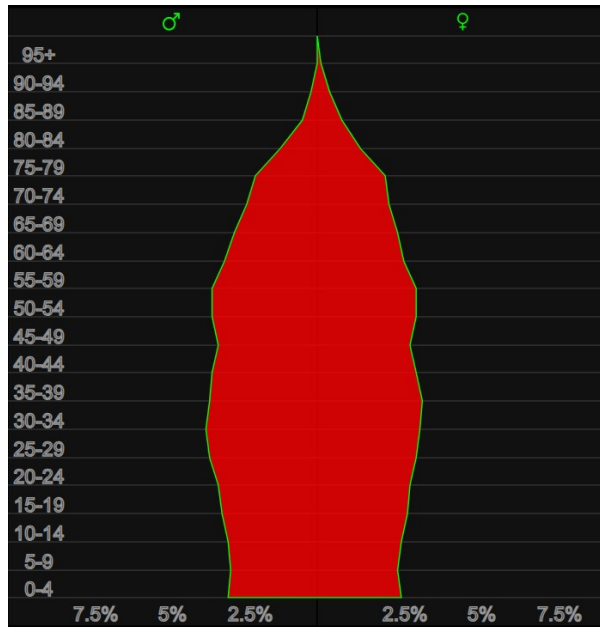
Ülkede yatılı USB hizmet alan kişi sayısı 82.183’tür. Bu sayı 2010’da 90.858, 2019’da 86.314’tür (OECD, 2023). İsveç’te 2010-2019 yılları arasında yatılı kurumlardan hizmet alanların sayısı yıllara göre artıp azalmakta iken 2020 yılından sonra devamlı azalmaya başlamıştır. 2020 yılında yaşlılara yönelik USB kuruluşlarında Covid-19’a bağlı ölümler artmıştır (Taner, 2022). Bu rakamlara göre 2010 yılından itibaren yatılı USB kullanımı %10 azalmıştır. Covid pandemisi öncesi döneme bakıldığında 2019 yılı verilerine göre, İsveç’te yatılı kurumsal bakım hizmeti alanların %71’i 65 yaş ve üzerindedir. 80 yaş ve üzerinde olanların oranı %24’tür. 80 yaş ve üzerinin potansiyel olarak daha bağımlı olduğu düşünüldüğünde Covid-19’dan bu grubun daha çok etkilenmesi ve buna bağlı olarak USB kullanımının azalması olası gözükmemektedir.

Ülkede 65 yaş ve üzerine özbakım desteği ile GYA destek hizmetleri sunan USB çalışanlarının (hemşire ve bakım elemanları) sayısına bakıldığında her 100 yaşlıya ortalama 12 kişi ile bakıldığı görülmektedir. Bu rakam OECD ortalamasının (5 kişi) çok üzerinde olup İsveç, Norveç’ten sonra yaşlı bakımı için en çok personel istihdam eden ikinci ülkedir. USB çalışanların eğitim düzeyi ise %20’si düşük eğitimli, %20’si yüksek

eğitilidir (OECD, 2021d). Buna göre yaşlı bakım sektöründe çalışanlar orta sınıf olarak değerlendirilmektedir. Çalışanlar, çalıştıkları kurumların mülkiyet tipine göre oranlandığında %50'si kamuda, %50'si özel sektörde çalışmaktadır. Ancak, kamuda çalışanların %82'si yatılı merkezlerde, özel sektörde çalışanların ise %82'si diğer hizmet modellerinde (gündüz hizmetler, evde bakım vd.) çalışmaktadır (Eurofound, 2020).

3.2.2. Norveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

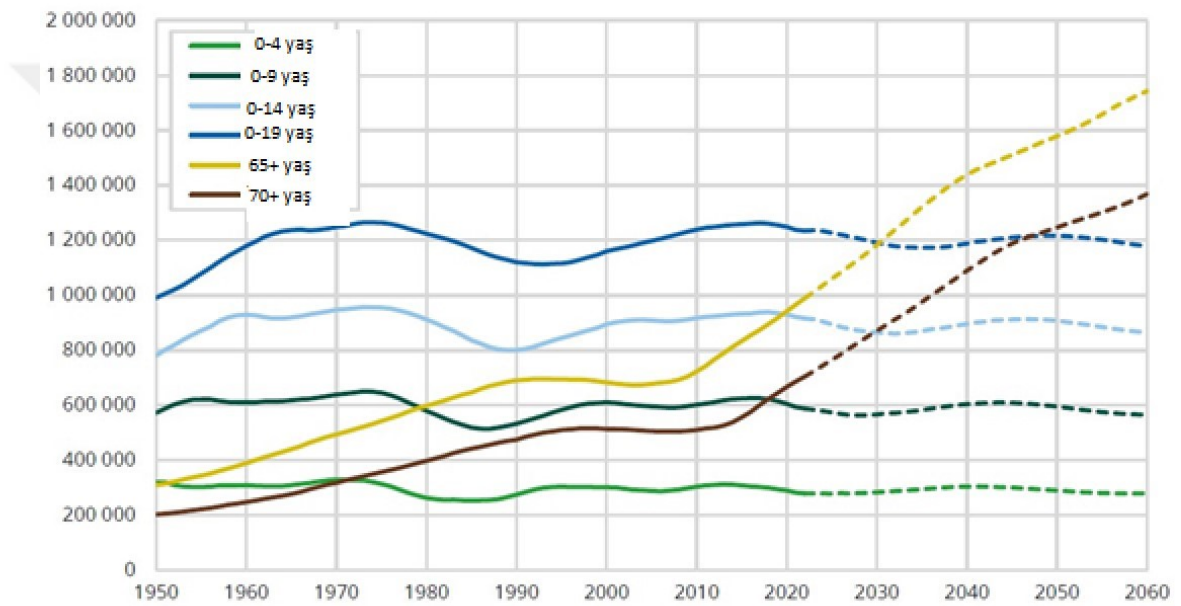
Nüfusu yaklaşık 5,5 milyon olan Norveç sosyo ekonomik açıdan dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biridir. Norveç, vatandaşlarının refahını arttırmak için kapsamlı sosyal politikalar geliştirmiş ve sosyal hakları geniş tutmuştur. Norveç'te doğuşta beklenen yaşam süresi 83 yıldır. Buna göre Norveç doğuşta beklenen yaşam süresinin uzunluğu bakımından dünyada 7. sıradadır. Ülkede ortalama yaş 39,8'dir. Şekil 6, Norveç'in güncel nüfus piramidini göstermektedir. Piramitte İsveç'dekine benzer şekilde 30-34 yaş aralığı, 55-59 yaş aralığı ile 75-79 yaş aralığında genişleme söz konusudur. Yaşlı nüfusun yoğunluğu sebebiyle tıpkı İsveç gibi Norveç de yaşlı nüfusun korunması ve ayrımcılığa uğramadan hak temelli bakım hizmetlerine ulaşmaları için yoğun çaba harcamaktadır.



Şekil 6. Norveç Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.f

Ülke genelinde 65 yaş ve üzeri nüfus, toplam nüfusun %18,08'ini oluşturmaktadır. Bu oran 1970'lerde %12,87 iken, 2000 yılında %15,16'ya yükselmiştir. Grafik 12, Norveç'te yaş aralıklarına göre nüfusun yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Buna göre 65-69 yaş aralığı ile 70 yaş üstü 1950'den bu yana sürekli artmıştır. Ancak bu artış 2013 yılından sonra hızlanmıştır. Ülkede doğum oranı 1,48 doğumdur. Bu oran 1960'larda 2,8 doğum iken 2009'dan sonra nüfusun yenilebilir düzeyi olan 2,1'in altına düşmeye başlamıştır. Doğum oranlarındaki düşüş de 2013'ten sonra hızlanmıştır. Yaşlı nüfus artışının 2023 yılı sonrasında daha da hızlanacağı projekte edilmektedir.



Grafik 12. Norveç'te Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: Thomas ve Tommeras, 2022. (Türkçe'ye çevrilmiştir.)

Ülkede sağlık ve bakım hizmetleri Sağlık ve Bakım İşleri Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Ülke vatandaşlarının tamamı sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili sosyal koruma altındadır (Şahinli ve Tarım, 2019). USB hizmetleri Uzun Süreli Bakım Kanunu ile düzenlenmiştir. Ülkede sağlık ve bakım hizmetleri genel vergiler yoluyla finanse edilmektedir. USB hizmetlerinin sunumundan yerel yönetimler sorumludur. Yerel yönetimler, USB hizmeti sunan kuruluşların yanında sosyal hizmetlerden ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan da sorumludur. Yerel yönetimlerin hem sosyal

hizmetlerden hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olması USB hizmetlerinin koordinasyonunda kolaylık sağlamaktadır (Commonwealth Fund, 2020). Norveç'te kişi başına sağlık harcamaları 6745 dolardır (OECD, 2021c). OECD ülkeleri içinde kişi başına en yüksek sağlık harcamasının yapıldığı üçüncü ülkedir. Ülkede tüm sağlık hizmetleri ve USB bakım hizmetleri ulusal sağlık sigortası kapsamındadır. Ancak isteğe bağlı özel sigortalar da bulunmaktadır. Ülke genelinde isteğe bağlı özel sağlık sigortası yaptıranların oranı %10'dur. (Tikkanen vd., 2020). Sağlık harcamalarının %14,2'si cepten ödemelere aittir (OECD, 2021c).

GSYH içinde USB hizmetlerine ayrılan pay %3,7'dir. Bu nedenle Norveç OECD ülkeleri içinde USB hizmetlerine GSYH'den en çok pay ayıran ikinci ülkedir (OECD, 2021c). USB veren kuruluşlardan sorumlu olan yerel yönetimler uygun bulurlarsa özel kuruluşlarla sözleşme yapabilmektedir. Ülke genelinde USB hizmetlerinde özel sektörün payı %10'dur. Sunulan bakım hizmetlerinde hizmet alanlardan cüzi miktarlarda katkı payları alınmaktadır. USB veren kuruluş ücretleri, hizmet alanın kişisel gelirin %85'inden fazla olamaz. Gelir testi sonucunda düşük gelirli çıkan kişilere kamu sosyal destekler sağlamaktadır. İnfomal bakıcılar haftada 10 saatten fazla bakım sunuyorlar ise belediyelere mali destek için başvurabilirler. Ayrıca bu şekilde bakım verenler emeklilik kredisine (pension credit) hak kazanmaktadırlar (Commonwealth Fund, 2020).

Norveç 65 yaş ve üstü yatılı kurumsal bakımdan yararlananların sayısı 36.020'dir. Bu sayı, 2010'da 40.264'tür (OECD, 2023). Son 12 yıllık süreçte yatılı kurumsal bakımdan yararlanan yaşlıların sayısında %11 düşüş olmuştur. Bu düşüşün nedeni yatılı kurumsal bakım yerine evde bakımın teşvik edilmesi olabilir. Şöyle ki; 2015 yılında yayımlanan Norveç Bakım Planı 2015 Raporu'nda yaşlılara yönelik USB hizmetlerine olan talebin artacağı tahmin edilmiş ve artan talebi karşılamada evde bakım desteklerinden yararlanması gerektiği söylenmiştir. Benzer vurgu Norveç Demans Stratejisi 2020'de de yapılmıştır.

Norveç'te USB hizmetleri, ev ziyaretleri, evde bakım, yaşlı apartmanları, gündüz bakım merkezleri, bakım evleri ve toplum hastanelerinde sunulmaktadır. Ev ziyaretleri, yerel yönetime bağlı sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi vermek ve danışmanlık hizmeti

sunmak için özellikle 80 yaş ve üzeri yaşlılara yönelik yapılan düzenli ziyaretlerdir. Evde bakım hizmetleri de benzer şekilde evde sağlık hizmetlerine ek olarak özbakım desteği ve GYA'lerine yönelik desteklerin sunulduğu hizmetler olarak geliştirilmiştir.

Norveç'te yaygın olarak kullanılan bir diğer yerinde bakım modeli, yaşlı apartmanları sistemidir. Bu sistem yaşlıların ihtiyaçlarına göre üç şekilde sınıflandırılmıştır. Birinci modelde sağlık ve bakım personeli konut sakinlerini saat başı kontrol ederek, ihtiyaçlarını gidermektedir. Her apartmanda çalışanlar için bir alan belirlenmiş olup, çalışanlar yaşlılar ile cep telefonları ile iletişim kurmaktadır. Bu model gözetimle bağımsız yaşlılar için uygulanmaktadır. İkinci model bakım gerektiren kısmen bağımlı yaşlılar için kullanılmaktadır. Bu modelde personel gün boyunca yaşlılara hizmet vermektedir. Gece ise belediyenin evde bakım hizmetleri birimi işleri devralmaktadır. Üçüncü modelde ise konut sakinleri belediye içindeki mobil evde bakım hizmetlerini zaman sınırlaması olmaksızın kullanmaktadırlar. Bu modelde sunulan hizmetler mobil olduğu için konutun içinde sabit yerleri bulunmamaktadır (Şahinli ve Tarım, 2019; Gemlik, 2018). Bu haliyle Norveç bakım hizmetlerinde de teknolojiyi yüksek seviyede kullanan ülkelerdendir.

Norveç'te bakım ihtiyacı artan bireyler bakımevlerine yönlendirilmektedir. Bu sebeple bakımevleri ağırlıklı olarak sağlık bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu merkezlerdir. Hastane sonrası veya travma sonrası bakım ihtiyacının giderilmesi için belediyeler tarafından toplum hastaneleri açılmaktadır. Bu hastaneler, hastane sonrası ilk kabulün yapıldığı, akut bakım hizmetlerinin sunulduğu, kısa süreli hizmet veren merkezlerdir. Ülkede hem birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimleri ile hem de ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personelle bakım hizmeti sunan kişilerin iletişimine önem verilmekte ve bakım ihtiyacı olan bireylerin durumu her iki tarafça düzenli olarak kontrol edilmektedir (Dahl vd., 2014).

Norveç'te özellikle demansa özel ihtisaslaşmış bakım hizmetleri ihtiyacı bulunmaktadır. 2012 yılında yapılan bir toplum araştırmasında ülke genelinde 70 bin kişinin demans hastası olduğu tespit edilmiştir. Bu oran Norveç nüfusunun %1'ine denk gelmektedir. Oranın yüksekliği sebebiyle ülkede demans hastalığı ve bu hastalığın yaşlı ve ailesi üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkileri düşünülerek evde bakılması uygun görülen

yaşlıların evleri hastalığa uygun olarak düzenlenmiş veya hastalığa uygun tasarlanmış yeni konutlara yerleştirilmeleri için çalışmalar yapılmıştır. Bu yeni konutlar için düşük faizli krediler ve hibeler sağlanmıştır (Özmete ve Hussein, 2017). Demansa bağlı konut düzenlemelerinde tamamen ev içi destekleyici teknolojiler kullanılmıştır.

Norveç'te her 100 yaşlıya 12 USB çalışanı ile bakılmaktadır. Bu sayı ile Norveç, İsveç ile birlikte en çok USB çalışanı istihdam eden ülkedir. USB çalışanlarının %37 yüksek eğitilmiş, %48 ise orta seviyede eğitilmiştir (OECD, 2021d). Norveç'te hemşirelik bölümlerinde eğitmenlik yapmak için yüksek lisans mezunu olmak yeterli görülmektedir. 2000'li yılların başında pek çok hemşire eğitmen olmak için yüksek lisansa başvurmuştur. Eğitmen olan hemşirelerin sayısı arttıkça alanda çalışacak hemşire sayısında azalma yaşanmasına bağlı olarak hükümet eğitmenlerin alanda çalışması halinde ekstra ödemelerde bulunmuştur. Bu sayede hem eğitmen hemşirelerin pratik yeteneklerinin körelmesini engellemek hem de alanda çalışacak nitelikli hemşirelerin sayısını artırmak hedeflenmiştir (Kyrkjeb vd., 2002). Görünen o ki 20 yıl önce başlanan bu uygulama ile ülkenin eğitilmiş USB çalışanı oranı yükseltilmiştir.

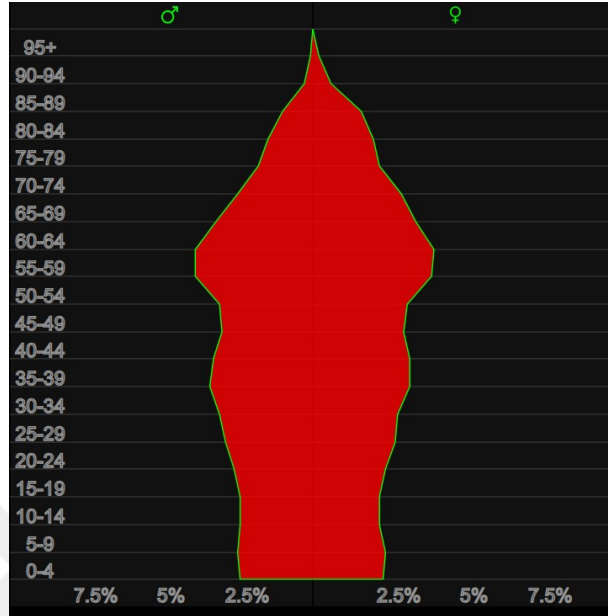
3.3. KITA AVRUPASI'NDA UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Avrupa kıtasının merkezinde yer alan ve Kıta Avrupa ülkeleri olarak geçen Almanya, Hollanda, Fransa ve güneyde İtalya gibi ülkeler ülke refah tipolojilerinden Bismarck modelini benimsemiş ülkelerdir. Bu başlık altında Almanya ve Hollanda'da uzun süreli bakım hizmetleri incelenecektir.

3.3.1. Almanya'da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

83 milyon nüfusa sahip olan Almanya, nüfus yoğunluğu bakımından Avrupa'nın en kalabalık ülkesidir. Almanya'da doğuştan beklenen yaşam süresi 81,7 yıldır. Ülkenin ortalama yaşı 44,9'dur. Şekil 7 Almanya'nın nüfus piramidini göstermektedir. Piramide göre 35-39 yaş aralığı ile 55-59 yaş aralığında ve 60-64 yaş aralığında genişlemeler söz konusudur. Özellikle 55-59 ve 60-64 yaş aralıklarındaki genişleme, 35-39 yaş aralığından

daha fazladır. Ülkenin nüfus piramidi, olması beklenenin aksine v şeklinde değişmektedir. Bu haliyle Almanya Avrupa'nın en yaşlı ülkesidir.

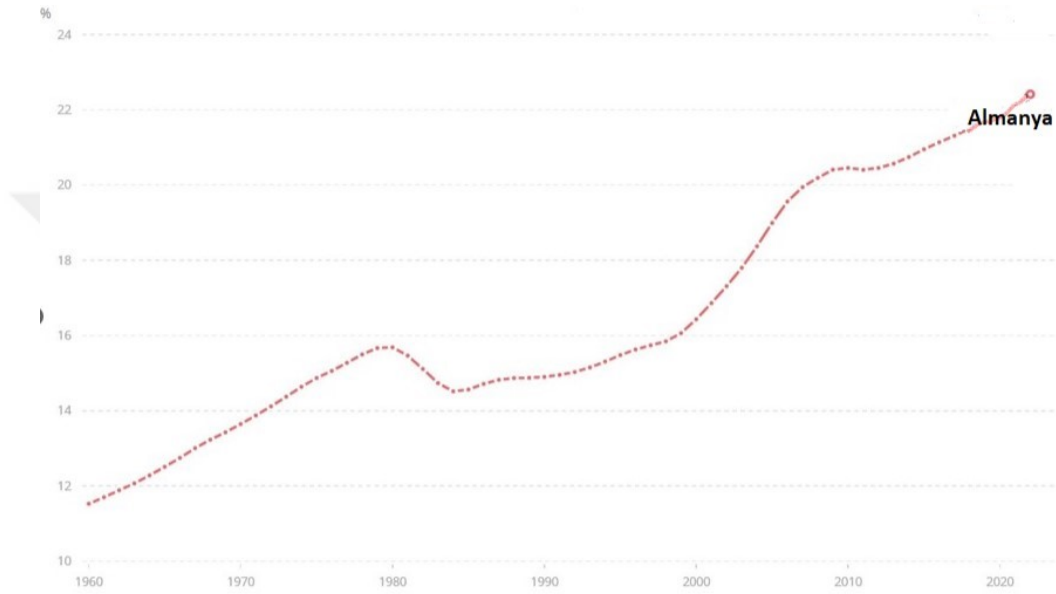


Şekil 7. Almanya Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.g

Grafik 13, Almanya'da 65 yaş ve üzeri nüfusun 1960-2020 yılları arasındaki değişimini göstermektedir. 1960'da Alman nüfusu içinde 65 yaş ve üzeri kişilerin oranı %11,8 iken, 2022 yılında bu oran 2 kat artmış ve %22 olmuştur. Almanya'da doğurganlık oranı 1,6 doğumdur. Bu oran 1970'de 2,31 iken 1995'te 1,3'e düşmüştür. Doğurganlık oranının bu denli düşmesi ve yaşlı nüfusun artışı karşısında Alman hükümeti 1995 yılında Sosyal Yardımlar Reform Yasası'nı çıkarmış ve aile yardımları ile çocuk desteklerini yeniden düzenlemiştir. Aynı yıl sosyal bakım sigortası (Soziale Pflegeversicherung) sistemine geçilmiştir (Koçer, 2014). Ancak tüm önlemlere rağmen doğurganlık oranı beklendiği gibi nüfusun yenilenme düzeyine ulaşamamıştır. Hem doğurganlık oranının düşüklüğü hem de doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı 65 yaş ve üzeri nüfusun artışı 2000'lerden sonra hız kazanmıştır. Grafik 13'te de görüldüğü gibi 2000-2010 yılları arasındaki 10 yıllık süreçte yaşlı nüfus %5 artmıştır. Bu artış 2000'li yılların başında öngörülmüş ve 2002 yılında Riester emeklilik sistemi önerilmiştir.

Riester Emeklilik Sistemi, yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak emekli aylıklarının kesintiye uğraması riskine karşı emeklilik aylıklarından yapılan kesintilerdir. Gönüllülük esasına dayanmaktadır. Riester emeklilik sisteminde emekli kişi, emeklilik aylığından bu sisteme ödeme yapmaktadır. Bu sayede gelecekte emekli aylıklarının düşmesi nedeniyle ortaya çıkacak gelir kayıplarını telafi edebilecektir. Riester emeklilik sistemi 2011 yılında Alman Parlamentosu tarafından onaylanmıştır (Duman, 2014).



Grafik 13. Almanya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: The World Bank Data, 2023.

Almanya’da sosyal sigorta sistemine katılım zorunludur ve bu süreç devlet tarafından yürütülmektedir. Alman sosyal sigorta sistemi büyük oranda sigortalılardan ve işverenlerden kesilen sigorta primleriyle finanse edilmektedir. Sigorta sisteminin finansmanında devlet teşvikleri olmasına rağmen sisteme katkısı sınırlıdır. Alman, sosyal sigorta sistemi 5 ana kalemden oluşmaktadır. Birincisi, hastalık sigortasıdır ve 1883 yılından beri yürürlüktedir. Bu sigorta hastalık fonlarından finanse edilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon, tıbbi araç ve gereçlerin tedariki, sağlık yardımı, analık yardımı, tedavi masrafları, erken teşhis masrafları, çocuklar için gelişim kontrol muayeneleri bu kalemden finanse edilmektedir. İkincisi, kaza sigortasıdır ve 1884 yılından beri yürürlüktedir. Bu sigorta İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigorta Kurumlarının fonları

ile finanse edilmektedir. Kazadan korunma önlemleri, iş kazalarına bağlı hastalıklar/rahatsızlıklar için gerekli fizik tedavi ile tıbbi ve mesleki rehabilitasyon programları, iş kazası sonrasında çalışamayacak durumda olanların emekli aylığı, kaza sonrası ölüm olması durumunda geride kalanların emekli aylıkları ve tedaviye ulaşım için gerekli transfer harcamaları bu kalemde karşılanmaktadır. Üçüncüsü emeklilik sigortasıdır ve 1889'dan beri yürürlüktedir. Bu sigorta emeklilik sigorta fonlarından finanse edilmektedir. Yaşa bağlı emeklilik aylığı ödemeleri, ölüm aylığı, boşanan eşlerden birinin vefatı halinde ödenen çocuk yetiştirme aylığı emeklilik sigortasından ödenmektedir. Alman sigorta sisteminde dördüncü kalem işsizlik sigortasıdır ve 1927'de yürürlüğe girmiştir. İşsizlik sigortası, federal istihdam merkezleri tarafından finanse edilmektedir. İşsizlik yardımı, meslek danışmanlığı ve mesleki yönlendirme, kendi işini kurmak isteyen işsizlere destek, mesleki eğitime destek bu fondan karşılanmaktadır. Son olarak beşinci kalem bakım sigortasıdır ve bu kalem yukarıda belirtildiği gibi 1995 yılında yürürlüğe girmiştir. Her sandığın kendi bakım sigorta fonu bulunmaktadır. Bakım merkezlerinin ödemeleri, evde veya hastanede sunulan özbakım destekleri, ev destekleri ve gıda yardımları bu kasalarla finanse edilmektedir.

Sosyal sigorta sistemine bağlı bu 5 sigorta türünden sağlık sigortası ve bakım sigortasından sorumlu bakanlık Federal Sağlık Bakanlığı; emeklilik, kaza ve işsizlik sigortalarından sorumlu bakanlık Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ve aile yardımlarından sorumlu bakanlık Federal Aile, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Bakanlığı'dır (Koçer, 2014). Görüldüğü üzere Almanya'da yaşlı bakımı ile ilgili konularda hem Sağlık Bakanlığı hem de Aile, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Bakanlığı ilgilenmektedir. Ayrıca, meslek grupları temsilcileri, hastalık sigortaları birlikleri ve hastalık sigorta acenteleri ile bakım sigorta acenteleri kamunun kararlarında etkin rol oynamaktadırlar.

Sosyal güvenlik sisteminin en çok geliştiği ülke olan Almanya'da halkın %85'i standart sağlık güvencesine sahiptir. Geriye kalan %15'lik nüfus ise üst düzey gelir durumuna sahip oldukları için gelir durumlarına uygun seviyede hizmetlerden yararlanmaktadır. Bakım sigortasında ise kimlerin USB sigortasından yararlanacağını ve sunulan bakım

hizmetinin kalitesini değerlendiren kurum Sağlık Sigorta Fonu Medical Danışma Kurulu (Medizinische Dienste der Krankenversicherung)'dur (Özmete ve Hussein, 2017).

Almanya'da kişi başına düşen sağlık harcamaları 6518 dolardır. Almanya OECD ülkeleri içinde en yüksek sağlık harcamalarının yapıldığı dördüncü ülkedir. Ülkede kişi başına düşen sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin miktarı 1003,6 dolardır. Buna göre kişi başına düşen sağlık harcamalarının %15,4'ü cepten ödemelere ait iken %84,6'sı kamu ödemelerine aittir (OECD, 2021c). Almanya'da sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı yaklaşık %13'dür. Bu son 5 yıllık süreçte benzer seyretmiştir (WHO, 2023).

Almanya'da GSYH içinde USB harcamalarının oranı %2,5'dir. Bu oran 1990'lara kadar sabit hızla artarken 1990 yılından sonra hızlanmaya başlamıştır. GSYH içinde USB harcamalarının oranı %0,4 iken 2009'da %1,5'e ulaşmış ve 2019 yılında %2,2 olmuştur. GSYH içinde USB harcamalarının oranının yıllar içindeki değişiminde hızlı yükseliş yaptığı tarihler 65 yaş ve üzeri nüfusun hızlı yükseliş yaptığı tarihler ile benzerdir. Buna göre ülkenin USB harcamalarının yaşlılara yönelik sunulan hizmetler bağlamında arttığı söylenebilir (Geyer vd., 2023).

Ülkede yatılı kurum bakımı ve evde bakım için 2019 yılında yapılan harcama 61 milyar eurodur. Bu harcamanın %51'i yatılı kurum bakımı için yapılmıştır. Ancak USB hizmetlerinden yararlananların %22,5'i yatılı kuruluşlarda kalmaktadır. Bu rakamlara göre Almanya'da yatılı kurumsal bakımın maliyeti evde bakımdan 3,9 kat fazladır. USB harcamalarının %29'u evde bakıma ve %20'si evde destek hizmetlerine aittir (OECD, 2021c).

Evde bakımda cepten ödemeler %7'lik bir paya sahiptir. Yatılı kurum bakımının ise %41'i cepten ödemeler ile karşılanmaktadır. Yatılı kurum bakımının %44'ü sosyal bakım sigortasından, %11'i devlet hazinesinden ve %4'ü gönüllü özel sigortalardan karşılanmaktadır (Geyer vd., 2023).

Yatılı kurum bakımında olanların 3'te 1'i gelir testinden düşük aldığı için sosyal yardım ödemelerinden yararlanmakta ve yatılı bakım için ücret ödememektedir (Geyer vd.,

2023). Bu da gelir testinde sosyal yardım almak için belirlenen kriterin üstünde geliri olanlardan yatılı kurum bakımından yararlananların cepten ödemelerinin artmasına neden olmaktadır. Bu noktada özel sigortalar devreye girmektedir.

Almanya’da sağlık sistemi ve USB sistemi birlikte ele alınmaktadır. Alman sağlık sistemi ayakta tedavi, hastaneler, ayakta ve yatılı rehabilitasyon kuruluşları olmak üzere üç ayaklıdır. Evde sağlık hizmetleri ayakta tedavilere dahildir. Ayrıca evde sunulan FTR hizmetleri, psikoterapi hizmetleri de ayakta tedavi hizmetleri olarak geçmektedir. Bunun dışında aile hekimliği sistemi gelişmiştir. Sigortalıların çoğunluğu bir hastalık halinde veya bir sağlık sorununda öncelikle aile hekimine gitmektedirler. Aile hekimleri pratisyen hekimler, dahiliye uzmanları ve çocuk hekimlerinden oluşmaktadır. Bu hekimler, gerekli hallerde hastalarını başka uzman hekime havale etmektedirler. Yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetleri de bu kapsamda sunulmaktadır.

Ülkede yataklı tedavi hizmetleri sunan büyük hastaneler kamuya aittir. Bunun dışında Kızıl Haç veya Katolik kilisesine bağlı hayır amaçlı kurulan hastaneler ile özel hastaneler ve klinikler bulunmaktadır. Bunların çoğu özel sigortalı hastalara bakmaktadır. Bir de rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu yatılı rehabilitasyon hastaneleri bulunmaktadır (Seifert vd., 2020). Bu hastanelerden hizmet alanlardan tam iyileşme sağlamayıp uzun erimli bakıma ihtiyaç duyanlar evde bakım birimlerine yönlendirilmektedirler.

Almanya’da evde bakım hizmetleri devlet, belediyeler, sivil toplum kuruluşları (STK) ve sağlık sigortası şirketleri arasındaki sözleşmelere bağlı olarak finanse edilmektedir. Evde bakımda bakım profesyonelleri kişiyi evinde ziyaret ederek bakım ihtiyacını tespit etmektedirler. Ayrıca bu profesyoneller bireyin evde bakım sürecinde karşılaşılabileceği olumsuz durumları da tespit edip, bunlara uygun önlemlerin alınmasını sağlamaktadırlar. Almanya gelişmiş sosyal güvenlik sistemlerine sahip olduğu için sağlık ve bakım ile ilgili programlar belirlenirken bireylerin ve bakım veren yakınlarının tercihleri ön planda tutulmaktadır. Vergi ile finanse edilen sistemlerde bunun yerine öncelik maliyet olmaktadır. Ülkede bakım veren ailelere maddi destek verilmesinin yanında bu aileler için “destek noktaları” kurulmuştur (Gürer, 2021). Bakım veren aileler bu destek noktalarında sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir.

Yaşlılara yönelik olarak evde bakıma alternatif bir model olarak yaşlı ortak yaşam evleri kurulmuştur. Yaşlı ortak yaşam evlerinde mutfak, çamaşır odası ve ana yaşam salonları bulunmaktadır. Bunun dışında herkesin kendine ait bir odası vardır. Yaşam evlerinde 6-8 yaşlı bir arada kalmaktadır. Bu model hem aktif durumdaki yaşlılar için hem de Alzheimerlı yaşlılar için uygulanabilmektedir. Bu modelde evde sağlık hizmetleri kapsamında sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Ev işlerinde desteğe ihtiyacı olan ve gözetimle bağımsız yaşlılar için ise refakat destekli yaşam evleri modeli geliştirilmiştir. Amaç yaşlının kendisini evinde hissetmesini sağlamaktır. Yaşlı yakınları istediklerinde yaşlılarını ziyaret edebilmektedirler. Evin içinde ya da yakınında yaşlının ihtiyaç halinde iletişime geçebileceği bir destek elemanı bulunmaktadır. Destek elemanları profesyonel kişilerdir. Bu profesyoneller yaşlılara ve ailelerine danışmanlık sunmakta ve sağlık gereksinimlerini karşılamaktadır. Yaşlının günlük yaşamı evdeki yaşlılar ile birlikte destek elemanları tarafından tasarlanmaktadır. Kurum ücretini ise yaşam evinde kalan yaşlılar ortak öderler. Ancak yaşlının bakım ihtiyacı ilerleyip tam bağımlı hale geldiğinde yaşlı USB merkezlerine nakledilmektedir (Keser, 2019; Çağlar, 2015). Almanya’da geliri yüksek yaşlılar için yaşlı rezidansları (Seniorenresidenz) uygulaması söz konusudur. Yaşlı rezidansları, beş yıldızlı otel hizmeti veren merkezlerdir.

Almanya’da yatılı kurumsal bakımdan yararlanan yaşlıların sayısı 721.569’dur. Bu sayı, 2010’da 645.941’dir (OECD,2023). Yatılı kurumsal bakımdan yararlananların sayısı yaklaşık 10 yıllık süreçte %11 artmıştır. Ülkede yaşlı nüfusun hızla artmaya devam etmesine bağlı olarak artan yatılı bakım ihtiyacı ile yatılı kurum bakımının maliyetinin evde bakımdan yüksek olması yatılı bakıma alternatif bakım modeli arayışlarına sebep olmaktadır. Bu arayış, evde bakıma destek teknolojilerinin geliştirilmesini ve bu teknolojilerin evde bakım hizmetlerinin çeşitlendirilmesinde kullanılmasını sağlamaktadır.

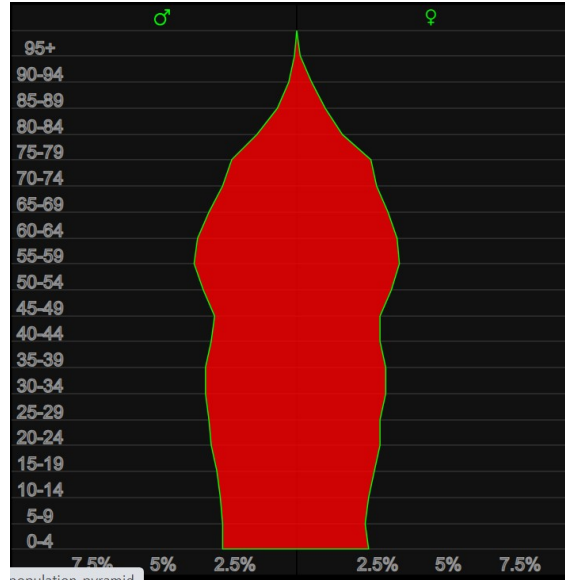
Almanya’da yaşlılara yönelik USB hizmetlerine bakış açısı bakım ihtiyacını giderme odaklıdır. Ancak, engellilere yönelik USB hizmetlerine bakıldığında engellilerin sosyal ve ekonomik hayata katılımlarına yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Ülkede refah sistemi çalışan nüfusun üzerine kurulu olduğu için istihdam önemli bir konudur. Buna bağlı olarak herkesin kapasitesine uygun işlerde çalışması desteklenmektedir. Bu

anlamda Almanya engelli istihdamında da önemli girişimlerde bulunmaktadır. Engellinin kapasitesine uygun işlerde istihdam edilebilmesinde yeti yitiminin tespiti söz konusu olmaktadır. Bunun için ülkede ICF (International Classification of Functioning/ Fonksiyona Bağlı Uluslararası Sınıflandırma) kriterleri kullanılmaktadır.

Almanya’da her 100 yaşlıya 5 USB çalışanı (bakım elemanı ve hemşire) ile bakılmaktadır. Bu sayı OCED ülke ortalaması ile aynı olmakla birlikte diğer gelişmiş ülkelerden düşük kalmaktadır. USB hizmetinde çalışanların eğitim seviyesine bakıldığında; çalışanların %78’i orta seviyede eğitime, %15’i düşük seviyede eğitime ve %7’si yüksek seviyede eğitime sahiptir (OECD, 2021d). Almanya’da yatılı kurum bakımında 577.306 kişi, evde bakımda 288.268 kişi olmak üzere USB alanında 865.574 kişi çalışmaktadır. Yatılı bakımda çalışanların sayısı evde bakımda çalışanların 2 katından fazladır. Yatılı bakımda çalışanların %45,6’sı bakım elemanı ile temizlik personeli gibi destek elemanı, %43,2’si hemşire ve hemşire yardımcısı, %11,2’i ise diğer sağlık profesyonelleridir. Evde bakımda çalışanların ise %56,4’ü hemşire ve hemşire yardımcısı, %35,5’i bakım elemanı ile temizlik gibi destek elemanı, %8,2’si diğer sağlık profesyonelleridir. Bu rakamlara göre evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde hemşire istihdamı önemlidir (Geyer vd., 2023).

3.3.2. Hollanda’da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

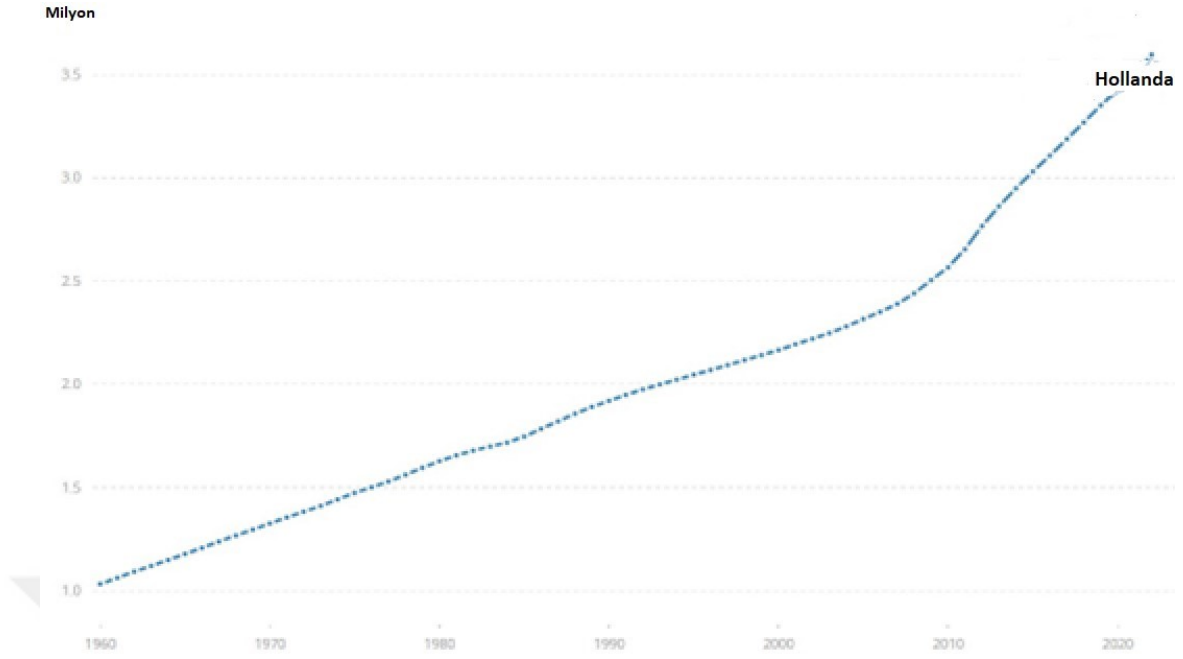
Yaklaşık 17 milyon nüfusa sahip Hollanda refah model tipleri içinde Bismarck modelini benimsemiştir. Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi 81,5 yıldır. Ortanca yaş 42 yıldır. Ülkede doğum oranı 1,55 doğumdur. Bu oran, 1970’den sonra nüfus yenilenme düzeyi olan 2,1 doğumun altına düşmeye başlamıştır. Bu haliyle Hollanda da hızla yaşlanan ülkeler arasındadır. Şekil 8, Hollanda’nın nüfus piramidini göstermektedir. Şekle göre 55-59 yaş arasında genişleme söz konusudur. Ülkenin nüfus piramidi yukarıya doğru genişleme eğilimindedir.



Şekil 8. Hollanda Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.h

Grafik 14, Hollanda’da 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllar içindeki dağılımını göstermektedir. Grafiğe göre yaşlı nüfus artışı Almanya’ya benzer şekilde 2009 yılından sonra artışını hızlandırmıştır. 2023 yılı verilerine göre, ülkede 65 yaş ve üzerinde 3.601.167 kişi yaşamaktadır. Buna göre 65 yaş ve üzeri nüfus, toplam nüfusun %20,2’sini oluşturmaktadır. Ülkede yaşlı nüfusun, 20-64 yaş arasında olan ve aktif çalışma hayatındaki nüfus olarak kabul edilen nüfusa oranı %34,5’tir. Hükümet bu durumu gri baskı (grey pressure) olarak adlandırmaktadır (Statistics Netherlands, 2023).



Grafik 14. Hollanda’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: The World Bank Data, 2022a. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Hollanda’da yaşlılara yönelik sunulan sağlık ve USB hizmetlerine verilen önem büyüktür. Hollanda’da tüm nüfus sağlık güvencesi altındadır. Ayrıca USB hizmetleri için ulusal USB sigorta sistemi bulunmaktadır. USB sigorta planı özel şirketler tarafından hazırlanmaktadır. Bu sistem hem yatılı bakım hizmetlerini hem de evde bakım hizmetlerini karşılamaktadır. Ülkede USB hizmetleri informal evde bakım hizmetleri, profesyonel evde bakım hizmetleri ve yatılı kurumsal bakım hizmetleri olarak sunulmaktadır. Ailelerin, komşuların yanında kiliselerin ve gönüllülerin sundukları hizmetler de informal evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir.

2013 yılı verilerine göre Hollanda’da 65 yaş ve üzeri nüfusun 4’te 3’ü informal desteklerle hayatına devam etmektedir. Yaşlı nüfusun %18’i profesyonel evde bakım hizmeti, %6’sı ise yatılı kurumsal bakım hizmeti almaktadır. 2022 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %4’ü yatılı kurum bakımından yararlanmaktadır. Yaşlı nüfus içinde yatılı kurumsal bakımdan yararlananların oranı düşmesine rağmen, bu nüfus içinde USB hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır.

Öte yandan Hollanda'da 65 yaş ve üstü kurumsal bakımdan yararlananların sayısı 135.340'dır. Bu sayı 2010'da 168.075'tir. Ülkede yatılı kurumsal bakımdan yararlananların oranı 12 yıllık süreçte %19,5 azalmıştır (OECD, 2023). Bu azalmaya rağmen USB hizmet modellerinin dağılımına bakıldığında hizmetlerin %82'si hemşire bakım evlerinde, %7'si hastanelerin USB bölümlerinde, %6'sı evde destek hizmetleri olarak ve %1'i evde bakım hizmetleri olarak yaşlıların kendi yaşam alanında sunulmaktadır (OECD, 2021a).

Yaşlı nüfusun içinde USB hizmet modellerinden yararlananların oranları ile bakım hizmet modelleri içindeki dağılım kafa karıştırıcı gibi görünmekle birlikte konuyu şu şekilde özetlemek mümkündür; Hollanda'da USB hizmet ihtiyacı artmakta ve bu ihtiyaç ağırlıklı olarak yatılı merkezler ile giderilmektedir. Ancak ülkenin USB stratejisi, evde bakım ve evde destek hizmetlerini teşvik etmekten yana olduğu için yıllar içinde yatılı kurumsal bakımdan yararlananların sayısı azalmaktadır. Ülkede 80 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %5, toplam yaşlı nüfus içindeki payı ise %25'dir (Statistics Netherlands). 80 yaş ve üzerinin ağır bakım ihtiyacının fazlalığı hesaba katıldığında ülkenin neden hala daha yatılı merkezlerden vazgeçemediği anlaşılmaktadır.

Konuya maliyetler açısından bakıldığında, Hollanda'da kişi başına düşen sağlık harcamaları 5739 dolardır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının %17,4'ü (996 dolar) cepten ödemelere aittir (OECD, 2021c). USB harcamalarının GSYH içindeki payı %4,1'dir. Bu pay ile Hollanda GSYH içinde USB hizmetlerine en çok harcama yapan ülkedir. USB harcamaların %64'ü yatılı kurumsal bakıma aittir.

Hollanda genel olarak bireylerin kendi yaşam alanlarından ayrılmadan bakım hizmetleri almalarına odaklanmış ise de yatılı kurumsal bakım hizmetleri de sunulmaktadır. Ancak yatılı bakımda medikal model temel alınmış olup yatılı bakım hizmetleri huzurevleri, bakım evleri, üniversite hastanesi, genel hastane, rehabilitasyon klinikleri, psikiyatrik hastanelerde sunulmaktadır (Sevim, 2017). Bu merkezlerde sunulan hizmetler İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası kapsamında sunulmaktadır. Ülkede 2007 yılında USB'da reform yapılmış ve Sosyal Destek Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun ile bakımda medikal bakıştan kısmen uzaklaşılarak bakımın sosyal bir olgu olduğu da kabul edilmeye

başlamıştır. Bu kanun kapsamında evde bakım hizmetleri yerel yönetimlere devredilmiştir. Bu bağlamda Hollanda’da bakım hizmetlerinin sosyal bir olgu olarak ele alınması sürecinin evde bakım hizmetlerinin gelişimi ile ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Bu durum yatılı bakım evlerinde de gözlenmektedir. Hollanda’da yaşlı bakım merkezleri genel olarak şehir merkezinde olup her merkezin altında o merkeze ait lokaller bulunmaktadır. Bu lokaller hem hizmet alan yaşlılara hem de dışarıdan gelen müşterilere hizmet sunmaktadır. Evde yemek hizmetleri bu lokallerden karşılanmaktadır. Bu sayede yaşlıların toplum ile bağlarını koparmadan yaşamaları sağlanmaktadır.

Ülkede ihtisaslaşmış bakım hizmetlerini geliştirmek için 1993 yılında demans hastalarına yönelik “demans köyü” uygulamasına başlanmıştır (Özmete ve Hussein, 2017). Ülkede sunulan palyatif bakım hizmetleri ücretsizdir. Bakım ihtiyacında olan bireylerin hangi bakım modeline uygun olduğu, bu konuda bireysel tercihler dikkate alınarak belirlenmektedir. Ayrıca bireylerin sosyal yardımlara ihtiyaç duyup duymadıklarına da bakılır (Gürer, 2021). Sosyal yardımlarda gelir kriteri ve hane halkının ihtiyaçları göz önüne alınmaktadır. Bakım ihtiyacını ve gerekli destekleri tespit etmek için bölgesel bazda Bakım ve Değerlendirme Merkezleri (Centrum Indicatiestelling) bulunmaktadır. Hollanda’da sosyal bakım hizmetleri de, Sağlık Bakanlığı tarafından seçilen ve denetlenen sağlık şirketleri, STK’lar ve informal bakım verenler tarafından sağlanmaktadır.

Hollanda yaşlı bakımı ve yaşlıların evinde desteklenmesi konusunda farklı içeriklerde projelere katkı vermektedir. Bu projelerden biri üniversite öğrencilerinin, yalnız yaşayan bir yaşlının evinde kira vermeden kalmasına yöneliktir. Bu projede öğrenci kira verme yükünden kurtulacak ve karşılığında birlikte yaşadığı yaşlıyı gözetim altında tutacaktır. Örneğin yaşlı kişi ilaçlarını düzenli alıyor mu? Temizliğe veya bakıma ihtiyacı var mı? Sağlığı ile ilgili önemli bir durum var mı? Bunları kontrol ederek ve önemli bir durum olduğunda bunu kendisini oraya yerleştiren yetkililere bildirmekle sorumludur.

Hollanda’da bir hizmetin evde bakım olarak sayılması ve bakım sigortası kapsamında ödeme yapılması için haftada en az 13 saat hemşire bakımın sunulması gerekmektedir (Bakx vd., 2020). Hollanda bakım hizmetlerine medikal bakış açısı ile yaklaştığı için

özellikle hemşire istihdamına önem vermektedir. Öyle ki, Hollanda’da her 100 yaşlıya 8 hemşire veya bakım elemanı ile bakılmaktadır. Bu çalışanların %68’i orta seviyede, %17’si yüksek seviyede ve %15’i düşük seviyede eğitilmiştir.

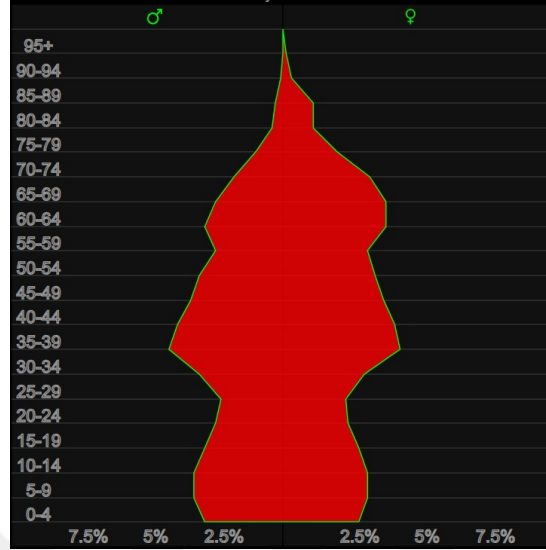
3.4. DOĞU AVRUPA ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Komünist sistemin yıkılmasının ardından yeniden yapılanan Doğu Avrupa ülkelerinin refah rejimine Post-Komünist refah rejimi denmektedir. Sovyetler Birliği’nin yıkıldığı tarih olan 1991 yılına kadar bu ülkelerde sağlık, bakım, eğitim, barınma hizmetleri devlet tarafından karşılanmakta ve çalışabilir durumdaki herkesin istihdamı sağlanmakta idi. Sovyetler Birliği’nin dağılması ile birlikte yeniden yapılanan Rusya, Beyaz Rusya, Ukrayna, Moldova gibi Doğu Avrupa ülkelerinde yoksulluk, gelir adaletsizliği, işsizlik, kayıt dışı ekonominin artışı gibi sorunlar görünür olmaya başlamıştır. Bu sorunlar engelli ve yaşlılara yönelik USB hizmetleri ile sosyal yardımların sunum süreçlerine de yansımaktadır. Bu bölüm altında Doğu Avrupa ülkeleri arasında hem nüfus bakımından hem de yüz ölçümü bakımından en büyük ülke olan Rusya’da USB hizmetleri incelenecektir.

3.4.1. Rusya’da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Doğu Avrupa ülkesi olan Rusya, jeopolitik konumu itibari hem Avrupa hem de Kuzey Asya’ya hakimdir. Rusya aynı zamanda Avrupa ülkelerinin oluşturduğu bloğa karşı yapılanan BRICS üyesi ülkelere (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin ve Güney Afrika) biridir. Ülkenin nüfusu 2020’de 146 milyon kişiye ulaşmıştır. Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi 73,2 yıl, ortalama yaş 39,2’dir. Şekil 9 Rusya’nın nüfus piramidini göstermektedir. Piramide göre 35-39 yaş aralığı ile 60-64 yaş aralığında genişleme söz konusu iken 25-29 yaş aralığında daralma söz konusudur. 80’li yılların ortasında 2,2 olan doğum oranı, 1990 ortasında 1’e doğru düşmeye başlamıştır. Bu durumun yarattığı demografik yapı, ülkenin nüfus piramidine de yansımıştır. 2000 yılına doğru ülkenin doğum oranında yükselme olmasına rağmen son yıllarda yine düşme eğilimindedir. 2020 yılına gelindiğinde ülkede doğum oranı 1,5 doğumdur. Rusya’nın nüfus piramidinde 80

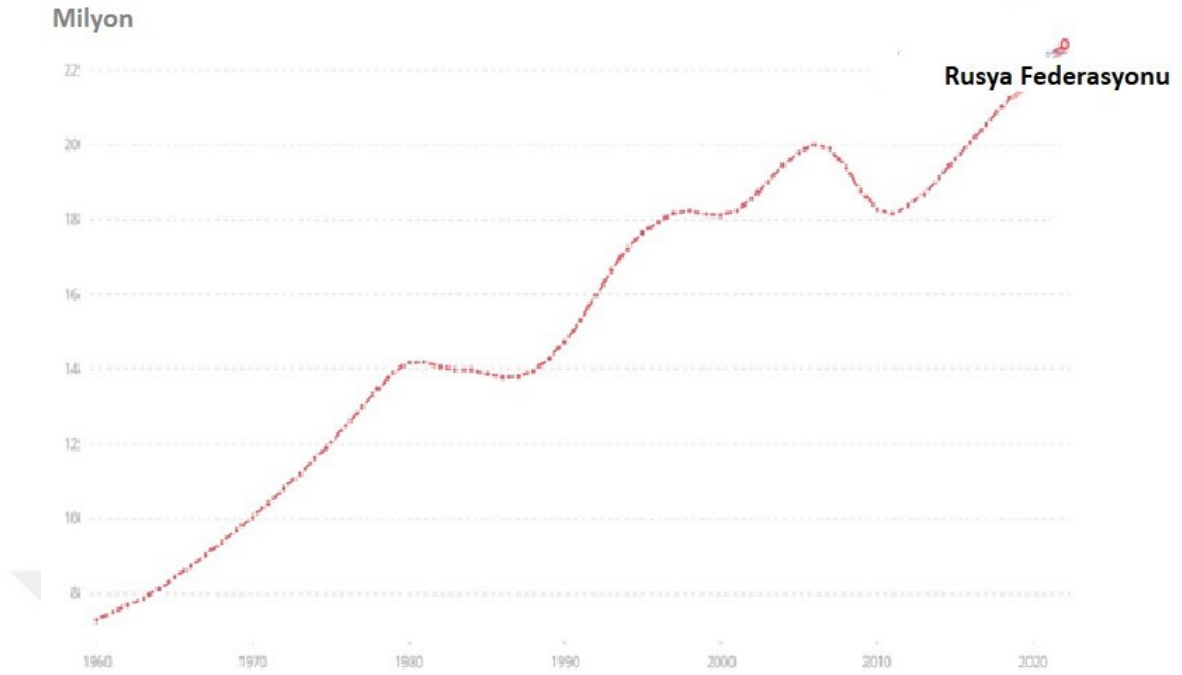
yaş ve üzerinde kadın nüfusunun erkeklere göre yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre 80 yaş ve üzerindeki kadınların sayısı, aynı yaş grubundaki erkeklerin 3 katıdır.



Şekil 9. Rusya Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.1

Grafik 15 Rusya'da 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Grafiğe göre ülkede yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı yıllar içinde dalgalanmalar gösterse de, 10 yıllık periyodlara bakıldığında devamlı bir artış göstermektedir. 2020 yılı itibari ile nüfusun %14'ü 65 yaş ve üzerindedir. Ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun en önemli sorunlarının başında sağlık hizmetlerine erişim sorunu gelmektedir (Selezneva vd., 2020).



Grafik 15. Rusya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: The World Bank Data, 2022b. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Rusya, Sovyetler Birliği’nin dağılması ile birlikte sosyal yardım temelli evrensel sistemden sosyal ve mesleki risklere karşı sosyal güvenlik sistemine geçmiştir. Rusya’da yeniden yapılanan sosyal güvenlik sistemi sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet olmak üzere üç temel alan üzerinden yapılandırılmıştır (Abdullayev, 2010).

Rusya Federasyonu Anayasası’nın 41. maddesine göre tüm yurttaşların sağlık ve tıbbi bakım hakkı vardır. Ayrıca anayasada anne, çocuk ve ailenin devlet koruması altında olduğu belirtilmiştir. Bu minvalde sosyal sigortalar, emeklilik, sağlık, malullük, analık, iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarını kapsamaktadır. Sosyal yardımlar ise, ihtiyaç sahibi gruplara sosyal hizmetler aracılığıyla sağlanan yardımları ifade etmektedir (Tiryaki, 2006). Ancak, Sovyet döneminde sosyal hizmetler, toplumun genel yapısı dahilinde değerlendirilmiş ve sosyal hizmetlerin gelişmesi ile ilgili adımlar atılmamıştır. Rusya Federasyonu’nun kurulması ile birlikte sosyal hizmetler de bir sektör olarak değerlendirmeye alınmış olsa da kar eden bir niteliği olmadığı için gerekli önem verilmemiştir (Aksakoğlu, 2003).

Rusya’da USB hizmetlerinin gelişimi 2016 yılında hükümetin yaşlılara yönelik ulusal stratejiler belirlemesi ile başlamıştır. Bu stratejiler 2016-2025 yılları içinde yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçları gidermeye yönelik ne tür hizmetler geliştirilmesi gerektiği üzerine kuruludur. Bunun için ülkede 2018 yılında sağlık ve bakım alanında ulusal çapta projeler başlatılmıştır (WHO, 2019).

Ülkede yaşlı nüfusun sağlık ve bakım verilerine ulaşmak zordur. 2018 yılında Avrupa’da Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Araştırması kapsamında Rusya’da başlatılan, Rusya Bölgelerinde Yaşayan Yaşlılarda Geriatrik Sendromlar ve Yaşa Bağlı Hastalıkların Yaygınlığına İlişkin Epidemiyolojik Araştırma (Epidemiological Survey of Prevalence of Geriatric Syndromes and Age-related Diseases in Elderly Residents of Russian Regions-EVKALIPT) ile Rusya’da yaşayan yaşlılarla ilgili detay verilere ulaşılması hedeflenmiştir. Proje 2021 yılında tamamlanmıştır. Bu proje kapsamında kırsalda 11 bölge izlenmiş ve yaşlı Rusların hastalık yapısı ile ilgili veriler elde edilmiştir (Dudinskaya, 2023).

Benzer şekilde 2018 yılında ülke çapında dezavantajlı grupların tespiti için Ulusal Demografi Projesi (Demography’ National Project) başlatılmıştır. Bu proje ile Rusya sınırları içine yer alan bölgelerin demografik haritası çıkarılarak; çocuklu ailelere çocuk yardımı yapılması, çalışan kadınların desteklenmesi, sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı olanların sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, bakım ihtiyacı olan yaşlıların belirlenmesi, çalışmak zorunda kalan yaşlıların belirlenerek yaşlı destekleri verilmesi ile tüm vatandaşların hayatında sporun olması hedeflenmiştir. Proje 2021 yılında tamamlanmış olmasına rağmen, projeden olumlu geri dönüşler alınması sebebiyle 2022 yılında yeniden başlanmıştır (Yulia ve Danila, 2022). Tüm bu çabalara rağmen ülkede USB bakım alan yaşlıların, yaşlı nüfus içindeki oranı %3,6’dır (Sobolevskaya, 2022).

Ülkede Çalışma ve Sosyal Koruma Bakanlığı tarafından sunulan Rusya Federasyonu Emeklilik Fonu; Rusya Federasyonu Sosyal Sigorta Fonu ve Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu bulunmaktadır. Bu fonlardan ilk ikisi yaşlılık sigortası, malullük sigortası, ölüm sigortası, analık sigortası gibi sigortaları, iş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı durumların karşılanmasını, aile ve çocuk yardımlarını karşılamaktadır. Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu

ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda, sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludur. Bu fon işverenlerden alınan primlerden oluşmaktadır. Rusya'da Zorunlu Sağlık Sigorta Fonu kapsamında tüm vatandaşlar ve oturma hakkı sahipleri ile vatansız kişiler kamuya bağlı sağlık kuruluşlarından ücretsiz sağlık hizmetleri alma hakkına sahiptir. Bunun yanında ülkede özel sağlık sigortaları da yaygındır (Yoruldu ve Saraç, 2023).

Ülkede sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %5'dir (Zazdravnykh vd., 2021). Kişi başına düşen sağlık harcamaları 1850 dolardır. Bunun %38,9'u (719 dolar) cepten ödemelerdir (OECD, 2021c). Kişi başına yapılan cepten ödemelerin %68'i ilaç ve tıbbi malzemelere aittir (Federal State Statistics Service, 2023). Buna göre ülkede tüm vatandaşlar ücretsiz sağlık hakkına sahip olsa bile ilaçlara erişimde aynı durum geçerli değildir. Bu durumda özel sağlık sigortalarının yapısı incelenmiş, ancak yeteri kadar bilgiye ulaşılamamıştır. Ayrıca ülkenin USB harcamaları ile ilgili verilere ulaşılamamıştır. Bunun nedeni ülkede USB hizmetlerinin gelişiminin yeni başlamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin üçüncü ayağı olan sosyal hizmetlere bakıldığında; bu hizmetlerin aile ve çocuklar için, yaşlı ve emekliler için, engelliler için sosyal hizmetler şeklinde üçe ayrıldığı görülmektedir. Diğer Avrupa ülkeleri gibi Rusya'da da yaşlanan nüfus hızla artmaktadır. Bu nüfusa yönelik sunulacak hizmetler de gri market olarak tanımlanmaktadır. Ülkede emeklilik yaşı erkekler için 60, kadınlar için 55'tir ve emeklilik her çalışanın hakkıdır. Yaşlılara yönelik sunulacak hizmetler 1995'te yürürlüğe konulan "Rusya Federasyonu Nüfusun Sosyal Hizmetlerinin Esasları Hakkında" Kanun ile düzenlenmiştir. Buna göre yaşlılar için sosyal aktivite, sosyal sağlık, psikolojik hizmetler ile hukuki hizmetler, maddi yardım ve sosyal uyum ve rehabilitasyon uygulamaları yapılmalıdır (Abdullayev, 2010).

Ülkede yaşlılara yönelik yatılı kurum bakımı bakımevleri ile huzurevleri tarafından sunulmaktadır. Ayrıca gündüz bakım merkezleri ve evde bakım hizmetleri düzenleyen şubeler bulunmaktadır. Ülkede palyatif dönem bakımı gerontoloji merkezleri ile bazı hastanelerde yatılı olarak sunulmaktadır. Rusya'da hangi nüfusa hangi sosyal hizmetlerin sunulacağı ile ilgili olarak çalışan ve aynı zamanda danışmanlık da sunan bölgesel sosyal

hizmet merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezler Ulusal Demografi Projesi kapsamında kurulmuştur. Bölgesel sosyal hizmet merkezleri, ülkede bakım merkezlerinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile bakım ihtiyacının tespiti ve bakımın kalitesi konularında eksiklikler olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca ülkede yaşanan nüfusun hızlı artışı da bu sorunları görünür hale getirmektedir. Buna göre USB'a proaktif erişimin sağlanması, bakım ihtiyacı tespitinin standart değerlendirmeler ile yapılması, sağlık bakımının koordinasyonu, bakımda kalite standartlarının geliştirilmesi ve kamuya bağlı kuruluşlarda toplum temelli bakım hizmetlerinin (evde bakım, gündüz hizmetler gibi) genişletilmesi gerekmektedir (WHO, 2022).

2020 yılında Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı özel sektörün USB merkezi kurmaları için girişimlerde bulunmuştur. Bu hizmetler, tıbbi sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir. Buna göre 2024 yılına kadar özel sektörün, kurumsal bakım hizmetlerinin %20'sine sahip olması hedeflenmektedir (Zenina, 2023). Ayrıca Sağlık Bakanlığı ile Refah Bakanlığı toplumun USB ihtiyacının tespiti ile hizmete yönlendirmede doktor ve sosyal çalışanların ortaklaşa çalışmasını sağlayan entegre veri sistemlerinin oluşturulması çalışmalarını başlatmıştır (WHO, 2022).

Ülkenin yasal istatistik araştırmaları birimi olan Federal İstatistik Servisi (Federal State Statistics Service) üzerinden yapılan araştırmalarda sağlık çalışanları ve bakım hizmet çalışanlarının sayısı ile USB veren kuruluşlarla ilgili veri bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca, Rusya OECD ile kısıtlı veri paylaşımında bulunmaktadır. BRICS ülkeleri olarak da henüz kamuya açık ortak bir veri tabanına sahip olmadıkları görülmüştür.

3.5. UZAK DOĞU ÜLKELERİNDE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

Asya kıtasının doğu bölgesinde yer alan Çin, Tayvan, Japonya, Kore gibi ülkeler Uzak Doğu ülkeleri olarak geçmektedir. Uzak Doğu ülkelerinde sağlık ve sosyal hizmet alanlarında diğer bölge ülkelerinde olduğu gibi ortak payda bulmak pek mümkün olmamaktadır. Bu ülkelerin her biri ayrı bir ekosisteme sahiptir. Bu bölümde Japonya'da ve Güney Kore'de USB hizmetleri incelenecektir.

3.5.1. Japonya’da Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Japonya yaklaşık 125 milyon nüfusu ile dünyanın en kalabalık ülkelerinden biridir. Ancak bu oran 2008 yılında 128 milyon iken son 14 yıl içinde azalmaya başlamıştır. Öyle ki 2050 yılına gelindiğinde ülke nüfusunun 100 milyona kadar gerileyebileceği öngörülmektedir. Şekil 10, Japonya’nın 2020 ve 2050 yıllarına ait nüfus piramitlerini göstermektedir. Buna göre 2020 yılında ülkenin nüfus yoğunluğu 45- 49 yaş aralığı ile 70-74 yaş aralığında iken 2050 yılında nüfus çoğunluğunun 75-79 yaş aralığında olacağı öngörülmektedir. Bu haliyle Japonya’da Japon ırkının geleceği ile ilgili kaygılar olduğu görülmektedir. Bu sebeple önümüzdeki yıllarda ülkenin daha fazla göçmene ihtiyaç duyacağı ifade edilmektedir.

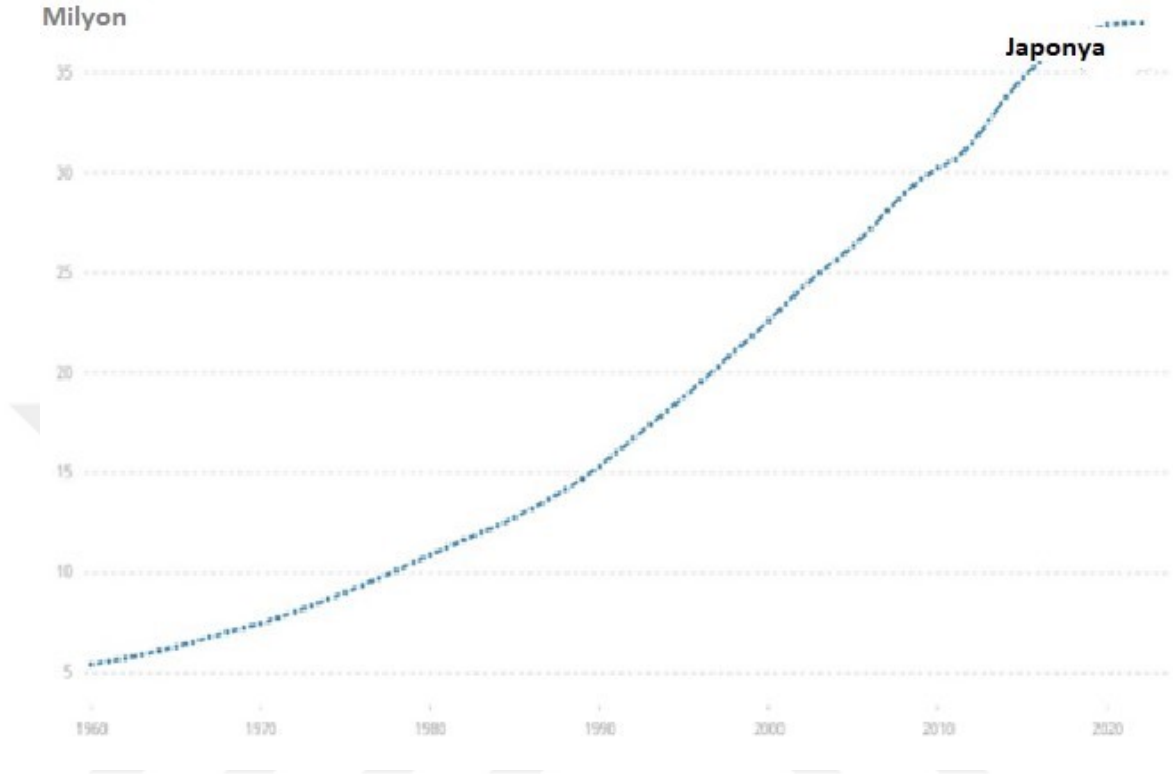


Şekil 10. Japonya’nın 2020 ve 2050 Yıllarına Ait Nüfus Piramitleri

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.i

Ülkede doğuşta beklenen yaşam süresi 84,3 yıl, ortalanca yaş 49,1 yıldır. Ülkenin doğum oranı 1,34 doğumdur. Japonya 1960’lardan itibaren düşük doğum oranlarına sahiptir ve nüfusun yenilenememe tehlikesi ile karşı karşıyadır. Grafik 16, Japonya’da 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Buna göre ülkede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2023 yılı itibari ile %29,1 olmuştur. 65 yaş ve üstündeki her

3 kişiden 1'i 80 yaş ve üzerindedir. 80 yaş ve üzerinin toplam nüfus içindeki payı yaklaşık %10'dur.



Grafik 16. Japonya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: The World Bank Data, 2022c. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Japonya gerek dini yapısı gerekse geleneksel yapısı itibari ile yaşlılara ve yaşlılara yönelik hizmetlere çokça önem verilmektedir. Bu sebeple bakımda geçmiş dönem trendi evde aile yanında bakım şeklinde iken son yıllarda ileri yaş grubunun artması ve buna bağlı olarak daha ağır bakım ihtiyacı olan kişilerin sayısının artması sebebiyle günümüzde yatılı kurumsal bakım ön plandadır. Japonya’da USB hizmetlerinin %46’sı hemşire bakım evlerinde, %23’ü hastanelerin USB ünitelerinde, %17’si evde bakım adı altında ve %15’i de informal bakım hizmetleri şeklinde sunulmaktadır. Bu verilere göre yatılı merkezlerde sunulan bakım hizmetlerinin oranı tüm hizmetlerin %69’unu oluşturmaktadır. Ülkede 65 yaş ve üstü kurumsal bakımdan yararlananların sayısı 960.100’dür. Bu sayı, 2010’da 835.900’dür. Son 12 yıllık süreçte yatılı kurum bakımından yararlananların sayısı %14,9 artmıştır (OECD, 2023). Ancak, bakım

evlerinin kalabalıklığı sebebiyle pek çok bakım evinde personel sıkıntısı yaşanmaktadır. Bunu gidermek için göçmen bakım elemanları mı tercih edilmeli yoksa robotlarla bakım hizmeti sunulmalı konusunda ülkede tartışmalar mevcuttur.

Ülke genelinde her 100 yaşlıya 7 çalışan ile bakılmaktadır. Personel sıkıntısının tartışıldığı ülkede her 100 kişiye 7 çalışan ile bakılması durumu, OECD ortalamasının üstünde bir durumdur. Ayrıca ülkede bakım alanında çalışanların kaliteli ve yüksek eğitim alması özendirilmektedir. Japonya’da USB çalışanlarının %4’ü düşük eğitimli, %59’u orta düzeyde eğitimli ve %37’si yüksek düzeyde eğitimlidir. Japonya yüksek eğitimli USB çalışanları konusunda OECD ülkeleri arasında üçüncü sıradadır (OECD, 2021d).

Ülkede tüm nüfus sağlık sigortası kapsamı altındadır. Sağlık sigortası ikiye ayrılmaktadır. Birincisi aktif çalışan nüfusun dahil olduğu çalışan sağlık sigortası (employees’ health insurance), diğeri ulusal sağlık sigortasıdır (national health insurance). Çalışma hayatındaki kişiler çalışan sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmektedir. Bu sigorta türü, çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmektedir. Çalışan sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan sağlık durumları için isteğe bağlı tamamlayıcı özel sigortalar bulunmaktadır. Ülkede özel sağlık sigortası özendirilmemektedir. Tüm özel sigortalar Japonya Hayat Sigortası Birliğine (Life Insurance Association of Japan) üye olmak zorundadır. Bu birlik yerel yönetimler ile birlikte özel sigortaların denetimini sağlamaktadır. Japon sağlık sigortasının ikinci türü olan ulusal sağlık sigortası çalışmayan kişileri kapsama almaktadır (Sakamoto vd., 2018).

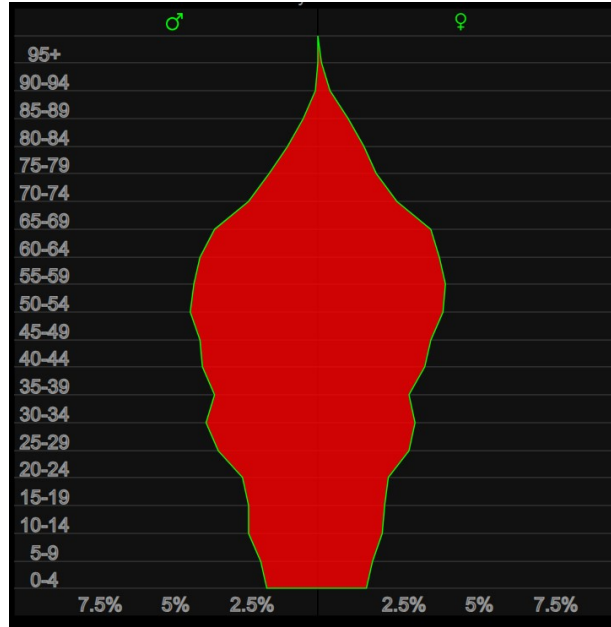
Sağlık sigortasının yanında 2000 yılı itibari ile uygulamaya başlanan ve yine tüm nüfusu kapsayan uzun dönem bakım sigortası bulunmaktadır. Bu iki sigorta tek çatı altında faaliyet göstermektedir. Japonya’da GSYH içinde sağlık harcamalarının oranı %11,03’dür (Statista, 2023f). Ülkede kişi başına düşen sağlık harcamaları 4691 dolardır. Bunun %17’si (755 dolar) cepten ödemelerdir. GSHY içinde USB harcamalarının oranı ise %2’dir. Bu oran OECD ortalamasının (%1,5) üstündedir. USB harcamaları içinde yatılı kurum bakımının payı %39,4’tür. Bu oran OECD ortalamasının (%42,6) altındadır (OECD, 2021c). Ülkede ağırlıklı olarak yatılı kurum bakımı sunulmakla birlikte yatılı kurum bakımına yapılan harcamaların oranı göreceli olarak düşük kalmaktadır. Bunun

nedeni kurumların kalabalıklığı nedeniyle evinde bakım hizmeti almak isteyen, ancak bakım ihtiyacı yoğun olan yaşlılara yönelik evde sunulan bakımın yüksek maliyetli olmasıdır. Yani, evde ağır bakım hizmeti sunma, yatılı kurumda ağır bakım hizmeti sunmaktan daha pahalıdır. Çünkü ağır bakımda hekim ve ekipman desteği önemli olup bunu kurumsal bir yapıda sunmak daha avantajlıdır (Tomita vd., 2020).

Ülkede sağlık ve bakım hizmetleri yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır. Yatılı bakım hizmetleri zihinsel olarak sağlıklı olan yaşlılar için huzurevi modelinde, zihinsel kaybı olmayan ama fiziksel olarak ağır bakım ihtiyacı olanlar için bakımevi modelinde ve Alzheimer/demans gibi hastalıklara özel uzmanlık gerektiren durumlar için ihtisaslaşmış bakımevi modeli olarak sunulmaktadır. Ülkede yatılı bakım hizmetleri gibi evde bakım hizmetleri de uzun dönem bakım sigortası kapsamındadır. Ancak, evde bakıma olan talebin yüksekliğine bağlı olarak özel şirketler de evde bakım hizmeti sunmaktadır. Evde bakım hizmetleri evde teknik destek, evde temizlik, evde yemek gibi destek hizmetlerin yanında özbakım destekleri ile tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, hemşirelik hizmetleri şeklinde sunulmaktadır (Erol, 2013). Ülkede bakım hizmetlerinde özel sektör ve kamunun paylarının ne şekilde değiştiği ile ilgili sayısal verilere ulaşılamamıştır.

3.5.2.Güney Kore’de Uzun Süreli Bakım Hizmetleri

Güney Kore yaklaşık 52 milyon nüfusa sahip bir yarımada ülkesidir. Ülke 20. yüzyılın ilk yarısına kadar Japonya’nın ülke sınırları içinde iken 1945 yılında bağımsızlığını ilan etmiştir. Ancak sağlık ve USB hizmetleri temelinde Japon etkisi görülmeye devam etmektedir. Güney Kore’de ortalama yaş 43,4 yıl olup doğuştan beklenen yaşam süresi 83,5 yıldır. Şekil 11 Güney Kore’nin nüfus piramidini göstermektedir. Buna göre özellikle 35-39 yaş aralığından sonra piramit yukarıya doğru her aralıkta genişlemektedir. Güney Kore’de de 80 yaş ve üzerinde kadın nüfusun sayısı erkeklerden fazladır. Buna göre, 80 yaş ve üzerindeki kadınların sayısı, kadın nüfus içinde %6; 80 yaş ve üzeri erkeklerin sayısı, erkek nüfus içinde %3’tür (Statista, 2023g).



Şekil 11. Güney Kore Nüfus Piramidi (2023 yılı)

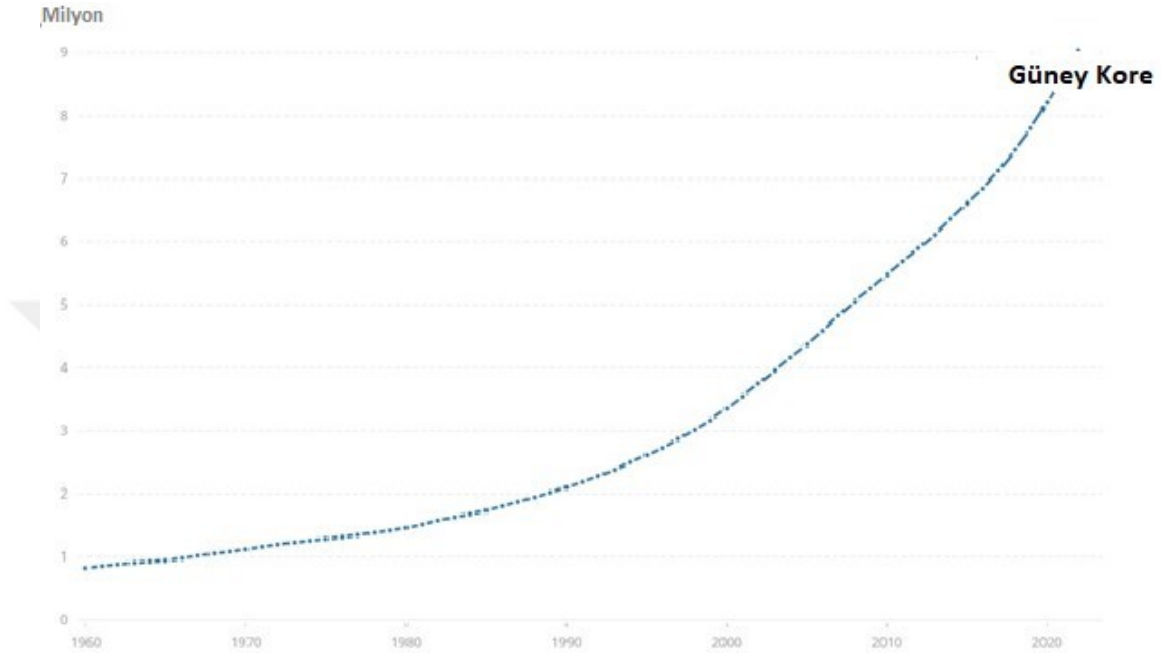
Kaynak: World Life Expectancy, t.y.j

Ülkede doğum oranı 0,78 doğumdur. Buna göre Güney Kore, doğum oranları bakımından Japonya'dan bile geridedir ve nüfusun daralması tehlikesi ile karşı karşıyadır. Ülkede doğum oranları 2015 yılından sonra 1 çocuğun altına düşmüştür. Güney Koreliler yüksek eğitime önem veren toplumdur. Ancak, ülkede lise ve üniversite eğitimleri ücretlidir. Özellikle Y kuşağında olan aileler “tek çocuk doğur ve onu iyi yetiştir” felsefesi ile hareket etmekte ve çocuklarının "edupoor"¹ olmasını istememektedir (Jung, 2023). Bu da ülkenin doğum oranlarının düşmesi ile sonuçlanmaktadır. Buna bağlı olarak da ülkede yaşlı nüfusun oranı artmaktadır. Grafik 17 Güney Kore’de 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllar içindeki değişimini göstermektedir.

2023 yılı verilerine göre ülke nüfusunun %18’i 65 yaş ve üzerinde iken bu oranın 2050 yılında %37 olması beklenmektedir (Statista 2023h; OECD, 2021a). 2015 yılında doğum oranlarının 1 doğumun altına düştüğünden yukarıda bahsedilmişti. Aynı yıl yaşlı nüfusun oranına bakıldığında, bu oranın %13,1 olduğu ve 2015 yılından 2023 yılına kadarki 8 yıllık süreçte yaşlı nüfusun %37,4 arttığı görülmüştür. Bu haliyle Güney Kore’de doğum

¹ “Edupoor”, Koreliler tarafından ortaya atılan ve eğitim masraflarının yüksekliği sebebiyle eğitim alamayan çocuklar için kullanılan İngilizce education ve poor kelimelerinden türetilmiş bir kavramdır.

oranlarının düşüklüğüne bağlı olarak yaşlı nüfus artışının hızlandığı ve ülkenin yaşlı nüfus problemi ile karşı karşıya kalan ülkelerden olduğunu söylemek mümkündür. Ülkede özellikle 2000’li yıllardan itibaren hızlanan yaşlı nüfus artışına bağlı olarak yetkililer aynı yıl USB’ın finansmanı konusu ile ilgili çalışmalara başlamıştır.



Grafik 17. Güney Kore’de 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: The World Bank Data, 2022d. (Türkçe’ye çevrilmiştir.)

Güney Kore’de tüm nüfusu kapsayan sağlık sigortasının yanında uzun dönemli bakım sigortası da bulunmaktadır. Japonya’nın uzun dönem bakım sigortasını uygulamaya başladığı 2000 yılında Güney Kore’de de USB’da reform çalışmalarına başlanmış ve 2008 yılında yaşlılar için USB Kanunu ile birlikte uzun dönemli bakım sigortası hayata geçirilmiştir. 65 yaş ve üzeri nüfus ile 65 yaşından küçük olan ancak kronik hastalıklar sonucu bağımlı olan kişiler bu kanun kapsamında yer almaktadırlar (Ga, 2020; Choi, 2014).

Ülkede kişi başına sağlık harcamaları 2020 yılında 3406 dolar iken 2023 yılı verilerine göre 4570 dolar olmuştur. Bu üç yıllık süreçte %34 artış demektir (Statista, 2023). 2020 yılı kişi başına düşen sağlık harcamalarının %39’u (1329,1 dolar) cepten ödemelerdir (OECD, 2021c). Ülkede ilaç ve medikal malzeme harcamaları da 2020 yılından 2023

yılına kadarki süreçte %10 artmıştır. Ülkenin sağlık verileri ile ilgili olarak en dikkat çeken unsur, yabancı hasta oranının 2020 yılından itibaren %45 artmasıdır (Statista, 2023i). Bunun nedeninin ülkenin sağlık turizmi konusunda özel sektörü teşvik etmesi olabilir.

Ülkede GSHY içinde USB harcamalarının oranı %1,1'dir. Bu oran OECD ortalamasının (%1,5) altındadır (OECD, 2021c). Ülkede sunulan USB hizmetlerinin %86'sı bakım sigortası ve sağlık sigortası tarafından karşılanmıştır. USB'da cepten ödemelerin oranı %14'tür. Ülkede yatılı bakım hizmetleri hemşire bakım evleri ile USB hastanelerinde sunulmaktadır. USB hastanelerinde sunulan USB hizmetlerinin masrafları sağlık sigortasından karşılanmaktadır. USB bakım hizmetlerinin %36,75'i sağlık sigortasından, %63,25'i bakım sigortasından karşılanmaktadır. Ülkedeki USB harcamalarının %79,1'i 80 yaş ve üzeri nüfusun USB giderlerine aittir. USB harcamalarının %18,4'ü kurum bakımı için yapılmıştır. Harcama oranlarına bakıldığında en çok harcamanın %27,7 ile demans hastalığına yönelik yapıldığı görülmüştür (Lee ve Chin, 2022).

Güney Kore'de sunulan bakım hizmetlerinin %57'si hastanelerin USB ünitelerinde, %22'si evde bakım, %20'si hemşire evleri ve %15'i diğer hizmetlere yönelik sunulmaktadır. Ülkedeki en çok kullanılan USB modelinin USB hastaneleri olması, USB harcamalarının en çok 80 yaş ve üzerine yapılmasını açıklamaktadır. Daha önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi 80 yaş ve üzerinde ağır bakım ve sağlık ihtiyaçları artmaktadır. USB hastaneleri de palyatif dönem bakımı sunmaktadır (Na, 2021). USB hastanelerinde ilaç ve tıbbi ekipman giderlerinin %10 ila %20'si cepten ödemelerle karşılanmaktadır (Ga, 2020).

Güney Kore'de yatılı kurumsal bakım ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bu hizmetlere medikal bakış açısı ile yaklaşıldığı ve sosyal hizmetlerden çok sağlık hizmetleri kapsamında ele alındığı görülmüştür. Güney Kore'de 65 yaş ve üstü kurumsal bakımdan yararlananların sayısına bakıldığında, bu sayı 222.660'tır. Bu sayı, 2010'da 111.085 iken 12 yıllık süreçte 2 kat artmıştır (OECD, 2023). USB hizmetlerinden toplam yararlananların sayısı 650.059 kişidir. Buna göre yatılı kurum bakımından yararlananların

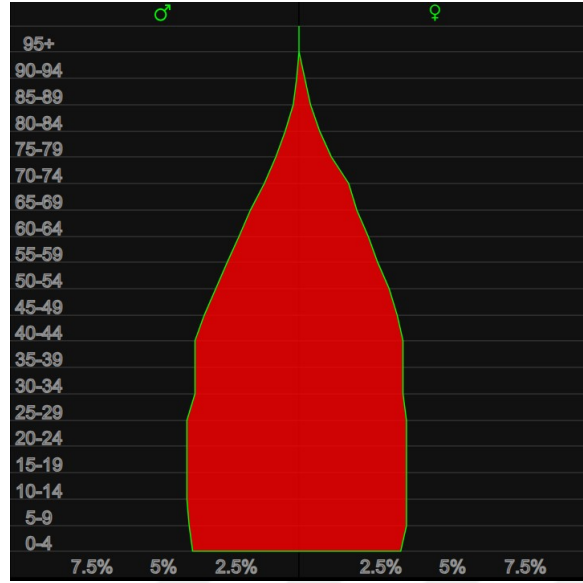
oranı %34,35'tir. USB harcamaları içinde yatılı kurum bakımının payı ise %30,8'dir. Beklenildiği gibi oranlar birbirine benzerdir.

Güney Kore'de USB kapsamında sunulan evde bakım hizmetleri 7 çeşittir. Bunlar; gündüz veya gece bakıcı desteği, USB asistanları tarafından evde yapılan ziyaretler, GYA aktivitelerine destek hizmetleri, hemşireler ve diş hekimleri tarafından yapılan ziyaretler, özbakım destekleri (banyo gibi), kısa süreli kurumsal bakım ve bireyin refahını artıracak diğer hizmetler şeklinde sunulmaktadır. Bireylerin hangi tür hizmet modeline ihtiyaç duyduğu GYA'lerinde bağımlılık seviyesine göre belirlenmektedir (Kim ve Kwon, 2021; Ga, 2020).

Ülkede her 100 yaşlıya 4 USB çalışanı ile bakılmaktadır. Bu sayı OECD ortalamasının (5 çalışan) altındadır. USB çalışanlarının eğitim düzeylerine bakıldığında; çalışanların %4'ü düşük eğitilmiş, %59'u orta düzeyde eğitilmiş ve %37'si yüksek düzeyde eğitilmiştir. USB çalışanlarının yüksek eğitimi konusunda Güney Kore OECD ülkeleri içinde ilk sıralardadır (OECD, 2021d).

3.6. TÜRKİYE'DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİ

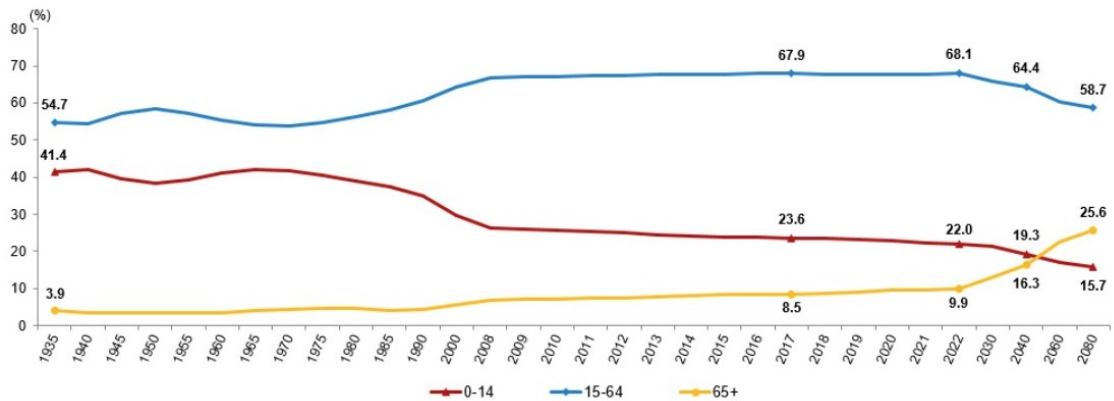
Türkiye 84,78 milyon nüfusa sahiptir. Ülkede ortalama yaş 33,5 yıl olup doğuştan beklenen yaşam süresi 78,3 yıldır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023). Şekil 12 Türkiye'nin nüfus piramidini göstermektedir. Ülkenin nüfus piramidi dikdörtgenleşmeye başlamıştır. Özellikle 70-74 yaş aralığından sonra kadın nüfus oranı yükselmektedir. Ülkede doğum oranı 1,62 doğumdur. Bu oran 2007 yılından sonra nüfus yenilenme düzeyinin altına düşmüştür (TÜİK, 2022).



Şekil 12. Türkiye Nüfus Piramidi (2023 yılı)

Kaynak: World Life Expectancy, t.y.k

Grafik 18 Türkiye’de nüfusun yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Buna göre ülkede 65 ve üzeri nüfusun oranı %9,9’dur. Bu oran 2000 yılında 6,7 iken, 22 yıllık süreçte %48 artmıştır. Gelecek 20 yıllık süreçte ise %65 artması ve %16,3 olması beklenmektedir. Ayrıca Grafik 18’e göre 2022 yılından sonra 0-14 yaş ile 15-64 yaş arasındaki nüfusun azalması beklenmektedir. Bu durum Türkiye’nin yaşlı nüfusa yönelik politikalar geliştirmesini ve muhtemel artacak olan sağlık ve bakım ihtiyacını hesaba katmasını gerektirmektedir.



Grafik 18. Türkiye’de Nüfusun Yıllar İçindeki Değişimi

Kaynak: TÜİK, 2022.

Türkiye’de bakım hizmetlerinin kurumsallaşması, Kurtuluş Savaşı yıllarında şehit çocuklarının bakım ve barınma ihtiyacını gidermek amacıyla 30 Haziran 1921’de Ankara’da kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti ile başlamıştır. Himaye-i Etfal Cemiyeti 1935 yılında Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu adını almıştır. Zamanla değişen toplum dinamiklerine bağlı olarak kimsesiz yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacının giderilmesi de söz konusu olmuştur. Bu sebeple ise 27 Mayıs 1983 tarihinde Başbakanlığa bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü kurulmuştur. SHÇEK, 25 Mayıs 1983 tarihinde çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’na bağlı olarak kurulmuş olup, iş ve işlemlerini bu kanun hükümlerine göre gerçekleştirmiştir. Buna göre SHÇEK korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlılara yönelik sunulacak sosyal hizmetleri yürütmekle görevlendirilmiştir (ASHB Ankara İl Müdürlüğü, 2023).

Engellilere yönelik hizmetlerin idaresinde ve sunum sürecinde dağınık bir kurumsal yapı söz konusu idi. Engellilere yönelik bakım ve rehabilitasyon uygulamaları SÇHEK’e bağlı kuruluşlar tarafından sunulurken; yine Başbakanlık’a bağlı Özürlüler İdaresi Başkanlığı engellilere yönelik araştırma yapmak ve uygun politika ile programlar belirlemekten sorumlu kurum idi.

Bu dönemde yaşlılara yönelik sunulan USB hizmetlerinde böyle bir ayrıma gidilmemiş, yaşlılar sadece kimsesi olmadığı için bakım ve barınma ihtiyacı olan bireyler olarak görülmüştür. Ancak 2000’li yıllara gelindiğinde Türkiye’de yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak yaşlılık döneminde ortaya çıkan bakım ihtiyacı, yaşlılara yönelik USB hizmetlerine bakış açısının değişmesine sebep olmuştur. Bu döneme kadar bakıma muhtaçlıktan bahsedilirken 2000’lerde bakım ihtiyacında olan bireylerden bahsedilir olmuştur. Öyle ki Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kendi mensupları için kurum inşa etme ve işletme durumunda kalmıştır. Bunun en somut örneği 10 Ekim 2000 tarihinde çıkarılan “T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü Dinlenme ve Bakımevleri (Huzurevleri) İşletme Yönetmeliği”dir (Karakuş, 2018).

Ülkede yaşanan 2001 Ekonomik Krizi sonrasında, krizin toplum üzerinde yarattığı etkileri azaltmak için 2002 yılında Acil Eylem Planı düzenlenmiş ve buna bağlı olarak

2006 yılında Sosyal Güvenlik Reformu kanunlaşmıştır. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında 2008 yılında o döneme kadar Türkiye’de var olan sosyal güvenlik sistemleri birleştirilerek tek çatı altında toplanmıştır. Buna bağlı olarak Türkiye’de dağınık bir yapıda sunulan sosyal hizmetlerinde birleştirilmesi söz konusu olmuş ve 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın kurulmuştur (Özel İhtisas Komisyonu, 2018).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), 633 sayılı KHK ile kurulmuştur. ASPB kurulması ile önceleri devlet bakanlığına ve Başbakanlık’a bağlı olarak farklı birimlerce yürütülen sosyal hizmet uygulamaları tek çatı altında toplanmıştır. ASPB, 2018 yılında Başkanlık sistemine geçilmesi ile birlikte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birleştirilerek "Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB)" adını almıştır. Ancak bu durum işlevsel olmadığı için bu kurum 21 Nisan 2021’de, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve "Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı" olarak ikiye ayrılmıştır. Aile Bakanlığının yeniden kurulmasında “sosyal politika” ibaresinin kaldırılarak “sosyal hizmet” olarak değiştirilmesi eleştirilere sebep olmuştur.

Konuya yaşlı ve engellilere yönelik USB hizmetleri kapsamında baktığımızda Türkiye’de USB hizmetleri ASHB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce sunulmaktadır. Türkiye’de engelli ve yaşlılara yönelik USB hizmetleri evde bakım yardımı, gündüz hizmetler ve yatılı kurumsal bakım hizmetleri olarak ayrılmaktadır.

Evde bakım yardımı, engelli evde bakım aylığı ve 2022 sayılı Kanun kapsamında sunulan engelli yakını aylığı olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu yardımlar ASHB’na bağlı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü bütçesinden karşılanmaktadır.

Evde bakım aylığı, ağır/tam bağımlı durumdaki engelli bireye bakım veren kişiye bağlanan aylıktır. Bu aylığı bağlanabilmesi için üç aşama söz konusudur. Birinci aşama engelli raporunda ağır/tam bağımlı ibaresi olmalıdır. İkinci aşama gelir kriteridir. Buna göre hanede yaşayan kişi başına gelir asgari ücretin aylık net tutarının 2/3’ünü geçmemelidir (2023 Ocak ayı için ödenen tutar 4.336,84 TL’dir). Üçüncü aşamada ise ilk iki ön koşulları taşıyanlar hakkında, ASHB İl müdürlükleri tarafından oluşturulan “bakım hizmetleri değerlendirme heyeti”nce yapılan incelemelerde, engelli bireyin başkasının

yardımı olmadan hayatını devam ettiremeyecek şekilde bakıma ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti üç kişiden oluşmaktadır ve bu heyette en az bir kişi sosyal çalışma görevlisi olmalıdır. Bu hizmette engelliye bakan akraba olabileceği gibi üçüncü bir kişi de olabilir. Burada bakım verenin yaşı, engel durumu, sabıka kaydı, başka bir işte çalışmaması durumlarına bakılmaktadır. Ancak bakım verenin ve engellinin aynı hanede yaşama zorunluluğu bulunmamaktadır. Bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu bilinmektedir. Bakım vermenin bir iş olduğu düşünülerek bakım veren kadınların çalışma hayatına katılımlarının sağlanması için bu kadınlara yönelik isteğe bağlı sigortalılık yapılması konusu gündemdedir (EYHGM, 2023c).

2022 sayılı Kanun kapsamında sunulan engelli yakını aylığı ise özel gereksinim düzeyi hafif düzeyde olan, 18 yaşından küçük çocukların yakınlarına genel bütçe kaynaklarından ödenen bir yardım türüdür. 2023 yılı itibariyle aylık ödeme tutarı 1.874,58'dir. Miktarsal olarak bakıldığında bu aylık engelli bakım aylığından 2,3 kat daha azdır. Burada bir düzeleme ihtiyacı olduğu görülmektedir. 2022 sayılı kanun kapsamında sunulan engelli yakını yardımından yararlanılabilmesi için engelli çocuğun anne ve babasının ikisinin birden sosyal güvenceye sahip olmaması gerekmektedir. Bakım veren üçüncü bir kişi de olabilir. Bu durumda engelli çocuğa bakım veren, engelli ile aynı hanede ikamet etmek zorundadır. 2022 sayılı Kanun kapsamında aylık alan hanelerin, yılda en az bir kez sosyal incelemesinin yapılması gerekmektedir.

Evde bakım hizmetleri gibi toplum temelli bakım hizmetlerinden olan gündüz bakım merkezleri modeli, yaşlı ve engellinin kendi yaşam alanlarından ayrılmadan sosyalleşmesine ve bakım ihtiyaçlarını gidermelerine olanak sağlayan bir bakım hizmet modelidir. Bu modelin en büyük artısı engelli veya yaşlıya bakan yakınlarına kısa süreli de olsa zaman yaratmasıdır. Gündüz hizmetler ilk olarak 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nda "Aktif Yaşam Merkezi" tanımıyla geçmiştir. Bu tanıma göre aktif yaşam merkezi, yaşlı bireyler ile engelli bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal hayata aktif katılımlarına katkı sağlanması amacıyla, engelli ve yaşlı bireyler ile ailelerine rehberlik ve destek hizmeti ile evde gündüz bakım hizmeti sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Buna bağlı olarak Türkiye'de 7 Ağustos 2008 yılında çıkarılan "Yaşlı

Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” ile yaşlılara yönelik gündüz bakım merkezleri açılmaya başlanmıştır. 2019 yılı verilerine göre Türkiye’de ASHB’na bağlı 3 müstakil, 27 huzurevlerine bağlı olmak üzere toplamda 30 Yaşlı Gündüz Bakım Merkezi bulunmaktadır. Ayrıca 127 tane belediyelere bağlı, 3 tane sivil toplum kuruluşlarına bağlı gündüz bakım merkezi bulunmaktadır. Türkiye’de toplam 161 yaşlı gündüz bakım merkezi aktif olarak çalışmaktadır. Bu merkezlerin tamamı kamuya bağlıdır (EYHGM, 2023a).

Engellilere yönelik gündüz yaşam merkezleri “Engelsiz Gündüz Yaşam Merkezleri” olarak adlandırılmaktadır. 2020 yılı verilerine göre ASHB’na bağlı ülke genelinde 123 engelsiz gündüz yaşam merkezi bulunmaktadır (EYHGM, 2022). Türkiye’de gündüz bakım hizmetleri ve evde bakım hizmetleri EYHGM bünyesinde Evde Bakım ve Gündüz Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Yaşlılara yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile yaşlı bakım evlerinde sunulmaktadır. Kamuya bağlı merkezler, huzurevi veya huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi olarak adlandırılmaktadır. Bu merkezler şu an mülga olmasına rağmen halen hükümleri kullanılan “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” ne göre açılmakta ve işletilmektedir. 2022 yılsonu itibarıyla ASHB’na bağlı 169 huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde 14.115 yaşlı bireye bakım hizmeti sunulmaktadır (EYHGM Kuruluş Listeleri, 2023). Bunun yanında 2023 yılı itibari ile ülke genelinde belediyelere bağlı 22 huzurevi ve Millî Savunma Bakanlığı’na bağlı 2 huzurevi ve yaşlı bakım merkezi bulunmaktadır. ASHB’ye bağlı huzurevlerinden EYHGM Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı sorumludur.

Kamuya bağlı huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerine kabul sürecinde sağlık raporu ve sosyal inceleme raporu istenmektedir. Sosyal inceleme raporu sonucunda ekonomik gücü yeterli bulunan ancak sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar kuruluşlara ücretli yaşlı statüsü ile kabul edilmektedir. Huzurevi ücretleri, huzurevinin sınıfı doğrultusunda (A-D), odaların özelliklerine göre (kişi sayısı, süit gibi) ve bakımın türü (özel bakım-huzurevi) dikkate alınarak belirlenmektedir. Sosyal inceleme sonucunda gelir durumu

yeterli olmayan yaşlılar ise bu kuruluşlardan ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Ayrıca bu yaşlılara 2022 sayılı kanun kapsamında “yaşlı aylığı” bağlanmaktadır. Huzurevi sakinin gelir durumu, huzurevi ücretinin belirlenmesinde dikkate alınmamaktadır (Akarsu, 2023).

ASHB’na huzurevlerinin ücretleri 2023 yılı için 677 TL-3.380 TL olarak belirlenmiştir. 2022 yıl sonu itibari ile bir yaşlının bir aylık ortalama harcama tutarı personel gideri hariç 14.944 TL’dir. Bu durumda görüldüğü gibi huzurevi ücretleri sunulan bakımın maliyetini karşılamamaktadır ve resmi huzurevleri açık vermektedir. Bu açık genel vergi gelirleri ile ASHB bütçesinden karşılanmaktadır.

Türkiye yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinde özel sektörün payı kamudan daha fazladır. 2023 yılı itibari ile Türkiye genelinde 268 özel huzurevi bulunmaktadır. Oransal olarak bakıldığında Türkiye’de yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin %58’i özel sektöre aittir (EYHGM Kuruluş Listeleri, 2023). Ancak özel huzurevlerinin ücretleri cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Bu konuda devlet desteği veya SGK ödemesi bulunmamaktadır. 2023 yılı özel huzurevleri ücretleri 2023 yılından önce kuruluştaki kalmaya başlayan yaşlılar için %8 KDV hariç %40 artırılabilir şekilde düzenlenmiştir. Kuruluşa yeni kabul edilecek yaşlılara uygulanacak aylık bakım ücretlerinde ise taban 3.127,50 TL, tavan 26.751,60 TL olacaktır. Özel huzurevlerinin iş ve işleyişi “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği”ne göre düzenlenmektedir. Ücretler ise fiyat tespit komisyonlarınca belirlenmektedir.

Türkiye’de engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri hem resmi hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır. Resmi engelli bakım merkezleri, 2006 yılında çıkarılan ancak ASHB’nin kurulması ile mülga olan “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ne göre açılmakta ve işletilmektedir. Bu kuruluşlara engellilerin kabulü “Engellilerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik” hükümlerine göre yapılmaktadır.

Resmi engelli bakım merkezleri sayılarına bakıldığında 2023 yılı verilerine göre ASHB’na bağlı 51’i engelsiz yaşam merkezi olarak hizmet veren toplam 105 engelli yatılı bakım ve rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır. Engelsiz yaşam merkezleri, diğer

merkezlerden farklı olarak tek katlı erişilebilir yapılar olarak tasarlanmıştır. Diğer merkezler ise bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezi olarak adlandırılmaktadır (EYHGM, 2023a).

2022 yılı verilerine göre resmi engelli bakım merkezlerinden 7.387 engelli birey ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Bu merkezlerden hizmet alan bir engellinin aylık maliyeti personel giderleri hariç 23.444 TL'dir. Engelli evde bakım aylığı ile kıyaslandığında engelli kurum bakımının maliyetinin ne kadar yüksek olduğu görülmektedir. Aslında SHÇEK döneminde geçerli olan "Özürlülerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik" te resmi huzurevlerinde olduğu gibi, gelir durumu yeterli görülen engellilerin merkezlerden ücretli olarak yararlandırılması ile ilgili madde bulunmakta idi. Ancak Danıştay'ın bu madde hükümlerini iptal etmesi sebebiyle yeni dönemde kullanılan Engellilerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik'te "...özürlülerden, verilen hizmet nedeniyle herhangi bir ücret alınmaz" maddesi eklenmiştir. Bu sebeple resmi engelli bakım merkezlerinde kalan engellilerden ücret alınmamaktadır.

Engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri içinde özel engelli bakım merkezlerine bakıldığında 2023 yılı verilerine göre ülke genelinde 310 özel bakım merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerden 26.766 engelli birey hizmet almaktadır. Özel engelli bakım merkezlerinde bakılan engellilerin bakım ücreti ASHB bütçesinden karşılanmıştır. Sayısal olarak bakıldığında özel engelli bakım merkezleri resmi bakım merkezlerinden 2,9 kat daha fazladır ve resmilerle kıyaslandığında özeller 3,6 kat daha fazla engelliye bakmaktadır (EYHGM Kuruluş Listeleri, 2023). Ancak yine de resmi engelli bakım merkezlerine yerleşmek için bekleyen 2980 engelli bulunmaktadır.

Özel engelli bakım merkezlerinden yararlanabilecek engelliler için de gelir kriteri söz konusudur. Buna göre engelli sağlık kurulu raporunda "tam bağımlı/ağır engelli" olduğu belirtilen ve hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı, asgarî ücretin aylık net tutarının 2/3'ünden daha az olan engelli bireyler "Ücreti Bakanlık Tarafından Karşılanan Engelli" statüsünde özel engelli bakım merkezlerinden hizmet alabilmektedirler.

Özel engelli bakım merkezlerinde kalan her bir engelli için ASHB, o merkeze iki asgari ücret tutarında ücret ödemektedir. Bu ücret resmilerle kıyaslandığında az gibi görünmektedir. Ancak EYHGM Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi tarafından geliştirilen “Bakım Hizmetleri Kalite Standartları” kapsamında yapılan değerlendirmelerden 50 ve üzeri puan alan bakım merkezleri engelli başına teşvik ödemeleri almaktadır.

Resmi engelli bakım merkezleri EYHGM Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi’ne, özel huzurevleri ve özel engelli bakım merkezleri ise EYHGM Özel Bakım Hizmetleri Dairesi’ne bağlıdır. Özel engelli bakım merkezleri “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” hükümlerine göre açılmakta ve işletilmektedir.

Türkiye’de yatılı kurumsal bakım hizmetlerinde sunulan bir diğer hizmet modeli de ev tipi sosyal hizmet birimleridir. Ev tipi sosyal hizmet birimleri 2828 sayılı kanunda şu şekilde tanımlanmıştır; çocuk, kadın, engelli ve yaşlılar ile bakım veya barınma ihtiyacı olan kişilere hizmet verilen mesken niteliğindeki yatılı sosyal hizmet birimleridir. Bu modelde evde yaşamaya uygun engelli ve yaşlılardan bir grup belirlenerek, kuruluşa bağlı evlerde hizmet almaları sağlanmaktadır. Burada amaç bireylerin toplumsal hayata katılımlarını sağlamaktır. Bu model resmi kuruluşlarda uygulanmaktadır. Engelli bakım merkezlerine bağlı evlere Umutevleri, huzurevlerine bağlı evlere yaşlı yaşam evleri denmektedir. 2023 yılı itibari ile ülke genelinde 149 umut evi bulunmaktadır. 2019 yılı verilerine göre ülke genelinde 47 yaşlı yaşam evi bulunmaktadır (EYHGM Kuruluş Listeleri, 2023). Umut evi modeli yaygınlaştırılmakta ancak yaşlı yaşam evleri kapatılmaktadır. Bunun nedeni yaşlıların yaşam evinde kalmaya tercih etmemeleridir.

Türkiye’de ihtisaslaşmış bakım hizmetleri konusuna bakıldığında sivil toplum kuruluşlarının desteğiyle belediyeler bünyesinde Alzheimer Konukevi veya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi isimleriyle Alzheimera özel gündüz merkezler bulunmaktadır. Ayrıca bir STK’ya bağlı Alzheimer yatılı bakım merkezi bulunmaktadır.

Türkiye’de hastane sonrası veya travma sonrası akut bakım hizmetlerinin sunulacağı kısa süreli bakım merkezleri veya ara bakım merkezleri bulunmamaktadır. Hastane sonrası

bakım hizmetlerine yönlendirme konusunda danışmanlık sunan merkezler veya birimler de bulunmamaktadır.

Türkiye’de USB’da palyatif dönem bakımına bakıldığında USB veren kuruluşlarda palyatif dönem bakımının özel bakım ünitelerinde verildiği bilinmektedir. Ancak bu konuda kuruluşlarda yeterli sağlık profesyoneli çalışmamaktadır. USB veren kuruluşlarda özellikle resmilerde doktor istihdamında problemler yaşanmaktadır. Bunun dışında ülke genelinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde palyatif bakım ünitelerinde ve palyatif bakım hastanelerinde geçici süreli palyatif bakım hizmetleri sunulmaktadır. Rakamsal olarak ifade etmek gerekirse, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 81 ilde 396 sağlık kuruluşunda palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır. Palyatif bakım üniteleri ile palyatif bakım hastanelerinin toplam yatak kapasitesi 5.302’dir (Doğan ve Demirtaş, 2020).

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 606 milyar 835 milyondur. Ülkede sağlık harcamaları bir önceki yıla göre %71,5 artmıştır. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı %4 iken bu oran bir önceki yıl %4,9’dur (TÜİK, 2023). Buna göre ülkedeki sağlık harcamaları bir yıl içinde nominal olarak artmış gibi görünse de reel olarak azalmıştır. Bu nominal artışın sebebi, ülkede artmış enflasyonun sağlık harcamalarına yansımastır. Ülkedeki sağlık harcamalarının %76,4’ü kamuya, %23,6’sı özel sektöre aittir.

Türkiye’nin GSYH içinde USB harcamalarının oranı %0,22’dir (OECD, 2021c). Ancak OECD’nin hesapladığı bu oran evde bakım ödemelerinin GSYH içindeki payıdır. OECD Türkiye ile ilgili olarak kurumsal bakım ile ilgili verilere ulaşamadığını belirtmiştir. TÜİK (2022), Türkiye’nin sağlık harcamaları ile sağlık istatistiklerini hesaplamış ancak bakım hizmetleri sosyal koruma ihtiyacı olarak ele almış ve kurumsal bakım harcamalarına yer vermemiştir. Buna göre ülkenin sosyal koruma harcamaları 2021 yılı için 785 milyar 662 milyondur. Bu rakam 2021 sağlık harcamalarının 2,3 katıdır. Sosyal koruma harcamalarının %45’i engelli ve yaşlılara yönelik yapılmıştır. Engelli ve yaşlılara yönelik sosyal koruma harcamalarının GSYH içindeki oranı, sağlık harcamaları ile aynıdır.

4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, problem cümlesi, hipotezler, araştırmanın evreni ve örnekleme, kısıtlılıklar ve varsayımlar, veri toplama aracı ve yöntemi, etik beyan ve verilerin analizine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

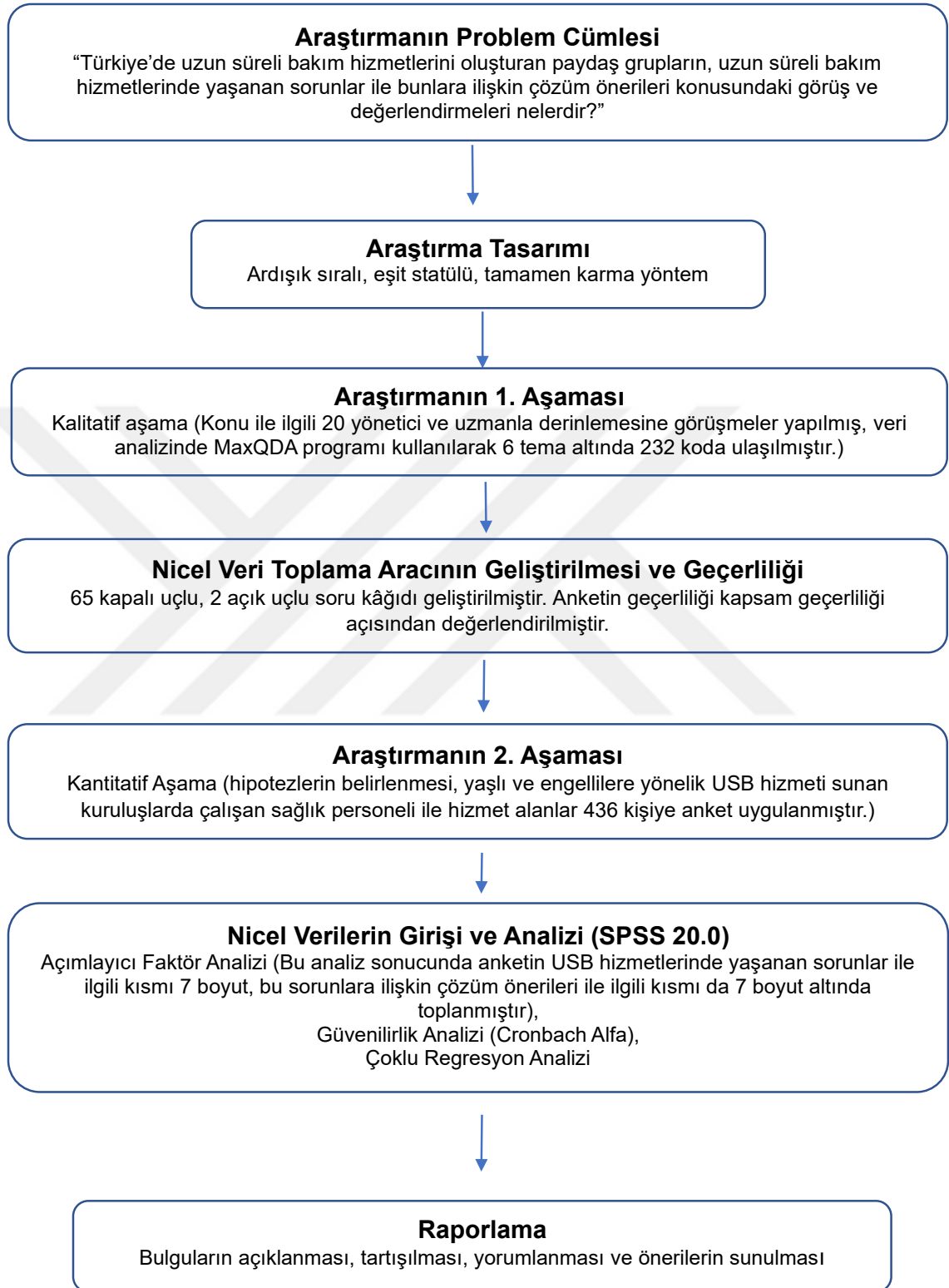
Türkiye’de sunulan USB hizmetlerinin kapsamı, finansmanı (Çiftçi, 2021; Karatürk, 2021; Kocabaş ve Kol, 2020; Ağören, 2017; Türken, 2015; Ayhan, 2014; Oğlak, 2007; Dilik, 1998), hizmet sunumunda doğrudan yer alan bakım verenler (Hendekçi ve Uğur, 2020; Berkman, 2019; Korkut, 2017) ve bakım yükü (Işıksan, 2018; Bademli ve Duman, 2013; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012; Arslantaş ve Adana, 2011; Atagün vd., 2011) konuları sıklıkla araştırılmakta ve alan yazında tartışılmaktadır. Ancak, Türkiye’de USB hizmetlerinin planlanması ile hizmetin sunum sürecine ilişkin argümanların belirlenmesi ve ülke genelinde sunulan bakım hizmetlerinin sistemde var olan paydaşlar tarafından çok yönlü bir şekilde değerlendirilmesi çalışmaları bulunmamaktadır. Bu çalışma, Türkiye’de USB hizmetlerinin planlanma ve hizmet sunum süreçlerine ilişkin var olanları bakım hizmetlerinin paydaş gruplarının değerlendirmeleri ışığında ortaya koymaktadır. Bu kapsamda araştırmanın temel amacı, Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinde karşılaşılan sorun alanlarını ve çözüm önerilerini paydaşların bakış açısı ile değerlendirerek hizmet sunum sisteminin geliştirilmesi yönünde alınacak kararlar için veri ve bilgi sağlamaktır. Bu amaç kapsamında hedeflenen alt amaçlar şunlardır:

1. USB alanında çalışan yönetici ve uzmanların, USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ve bunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini incelemek/belirlemek.
2. USB alanında çalışan sağlık personelinin, USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ve bunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini incelemek/belirlemek.
3. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların, USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ve bunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini incelemek/belirlemek.

4.2. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Çalışmada karma araştırma yöntemi kullanılmıştır. Karma yöntem, araştırmacının araştırma problemlerini anlamak için hem nicel veriler (kapalı uçlu) hem de nitel veriler (açık uçlu) topladığı iki araştırma yaklaşımını birlikte kullandığı sağlık, sosyal ve davranış bilimleri alanında kullanılan bir araştırma yaklaşımıdır (Cresswell, 2019). Leech ve Onwuegbuzie'ye (2009) göre karma yöntem araştırmalarının üç boyutlu bir tipolojisi bulunmaktadır. Buna göre karma yöntem tipolojisinin birinci boyutu karma düzeyidir (mixing dimension). Bu boyut nitel ve nicel araştırmanın karma durumunu gösterir ve kısmi karma yöntem (partially mixed methods) ve tamamen karma yöntem (fully mixed methods) olarak ikiye ayrılır. Karma yöntem araştırmalarında ikinci boyut zaman boyutudur (time dimension). Karma yöntem araştırmaları zaman yönelimi durumuna göre eş zamanlı (concurrent) karma yöntem ve ardışık sıralı (sequential) karma yöntem olarak ikiye ayrılır. Karma yöntem araştırmalarında üçüncü boyut ise vurgu boyutudur (emphasis dimension). Bu boyut nitel ve nicel araştırmanın eşit (equal) seviyede kullanılması durumu ve baskın (dominant) statülü kullanılması durumuna göre ikiye ayrılmaktadır. Buna göre bu tez çalışmasına nitel araştırma ile başlanmış ve nicel araştırma ile devam edilmiş olup bu haliyle ardışık sıralı, eşit statülü, tamamen karma yöntem kullanılmış bir araştırmadır. Bu çalışmanın araştırma basamakları Şekil 13'te açıklandığı gibidir.

Şekil 13. Araştırma Basamakları



4.3. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLESİ VE HİPOTEZLER

Bu çalışmanın temel problem cümlesi; “Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerini oluşturan paydaş grupların, uzun süreli bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlar ile bunlara ilişkin çözüm önerileri konusundaki görüş ve değerlendirmeleri nelerdir?” sorusudur. Bu kapsamda nicel araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir;

1. USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB hizmetlerinin a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, f) *hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunlar konusundaki görüşleri farklılık göstermektedir.
2. USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB hizmetlerinin a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *evde bakım hizmetleri*, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunların çözümü konusundaki görüşleri farklılık göstermektedir.
3. USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *standartlar ve iş doyumu*, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.
4. USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, f) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım

merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

5. USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *evde bakım hizmetleri*, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

6. USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *evde bakım hizmetleri*, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

4.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Ankara ilinde uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlar oluşturmaktadır. Türkiye’de yaşlı ve engellilere yönelik sosyal hizmet ve yardımları sunmakla görevli kurum Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’dür (ASHB ile ÇSGB’nin Kurulması ile Kamu Personel İşlemlerinin Yürütülmesine İlişkin Bazı Cum. Başk. KHK’lerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Cum. Başk. KHK, R.G. No: 31461, Tarih: 21 Nisan 2021, madde 4 (a) ve (d) fıkrası). Bu sebeple ülke genelinde yaşlı ve engellilere yönelik kurumsal bakım hizmetleri ağırlıklı olarak ASHB’na bağlı kuruluşlarca sunulmaktadır. Ayrıca, Türkiye genelinde

Belediyelere bağılı olarak açılan huzurevleri ile Millî Savunma Bakanlığı'na bağılı bakım merkezleri bulunmaktadır. Bu bağlamda Tablo 2 Ankara ilinde USB hizmeti sunan merkezlere ait bilgileri göstermektedir.

Tablo 2. Ankara İlnde USB Hizmeti Sunan Merkezlere Ait Bilgiler

	Özel (ASHB'na Bağılı)	Kamu		Toplam
		ASHB'na Bağılı	Diğer Kamu Kuruluşlarına Bağılı	
Yaşlılara Yönelik	39 Kuruluş	10 Kuruluş	3 Kuruluş	52 Kuruluş
Engellilere Yönelik	7 Kuruluş	3 Kuruluş	-	10 Kuruluş
Toplam	46 Kuruluş	13 Kuruluş	3 Kuruluş	62 Kuruluş

2020 yılı itibariyle Ankara ilinde 62 USB merkezi mevcut olup, yaklaşık 2950 çalışan ve 5400 hizmet alan bulunmaktadır. Ancak psikolojik ve zihinsel engeli bulunan bireyler ile özel bakım ihtiyacı olan durumu ağır yaşlıların anket sorularına sağlıklı cevap vermesi mümkün olmadığı için bu gruplar çalışmaya dahil edilememektedir. Bu durumda olan 4500 hizmet alan kapsam dışı tutulduktan sonra geriye kalan 900 kişi (görme engelliler ve huzurevlerinden hizmet alan normal bakım yaşlısı) üzerinden örneklem hacmi hesaplanmıştır. Buna göre %95 güven düzeyinde 0,05 birim hata ile ulaşılması gereken çalışan sayısı 340, ulaşılması gereken hizmet alan sayısı ise 269 olarak hesaplanmıştır. Belirlenen sayıda çalışan ve hizmet alana ulaşmak için Ankara ilindeki tüm kuruluşlarla iletişime geçilmiş ve idari izin alınmaya çalışılmıştır.

Belirlenen sayıda çalışan ve hizmet alana ulaşmak için tabakalı (USB merkezlerine göre) rastgele örnekleme yöntemi esas alınmıştır. Anket çalışması, 3'ü kamu, 9'u özel sektör olmak üzere 12 USB hizmeti sunan kuruluştaki uygulanmıştır. Çalışma 310 çalışan ve 126 hizmet alan üzerinde gerçekleştirilmiş olup toplamda 436 kişiye anket uygulaması yapılmıştır. Pandemi koşulları ve kurum izinlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle anket çalışmasında ulaşılması hedeflenen sayıya ulaşamamıştır.

Çalışmanın nitel araştırma aşamasına ait örneklem seçiminde ise maksimum çeşitlilik örnekleme yaklaşımı tercih edilerek USB alanında yer alan farklı statüdeki yönetici ve

uzmanlardan oluşan 20 katılımcıyla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşme gerçekleştirilen katılımcıların dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

4.5. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Çalışma tasarlanırken, gerekli idari izinlerin alınamama ihtimali göz önüne alınarak, mülkiyet tipine ve bağlı olduğu kurumdan bağımsız olarak Ankara ilinde USB hizmeti sunan tüm kuruluşlar çalışmaya dahil edilmeye çalışılmıştır. Ancak, ASHB kendisine bağlı kamu kuruluşlarında anket uygulamasına izin vermemiştir. Ankara ilinde hizmet sunan diğer kamu kuruluşlarından ise gerekli izin alınarak bu kuruluşlarda anket uygulaması hem hizmet alanlara hem de çalışanlara yönelik olarak uygulanmıştır. Anket uygulaması 2021 yılı Ekim-Aralık aylarında yapılmıştır. Ankara ilinde USB bakım hizmeti sunan özel bakım merkezlerinden 37 tanesi Covid-19 tedbirleri gereği çalışmanın kuruluş içinde uygulanmasına izin vermemiştir. Ancak bu merkezlerden 9'undan gerekli izin alınmış ve bu kuruluşlarda anketler Covid-19 tedbirlerine uyarak uygulanmıştır.

Anket uygulama sürecinde, hizmet alanın karar verme yeterliliğini anlamının gerekli olduğu hallerde, anket uygulamasından önce Mini Mental Test yapılmıştır. Bu test sonucuna göre 24 ve üzerinde puan alanlar anket çalışmasına dahil edilmiştir. Bu sebeple anket çalışmasına katılan hizmet alan sayısı beklenen düzeyde gerçekleşmemiştir.

Uygulanan anketlerin, USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanı ile ilgili görüşlerini yansıttığı ve katılımcıların cevaplarının yansız olduğu, başkalarının fikirlerinden etkilenmedikleri varsayılmıştır.

4.6. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ

Araştırmada ASHB merkez teşkilatı, ASHB İl müdürlüğü, uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlar, USB alanında çalışmalar yürüten sivil toplum örgütleri, uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlarda çalışanlar ve bu kuruluşlardan hizmet alanlar, uzun süreli bakım alanında paydaş gruplar olarak ele alınmıştır. Bu paydaş grupların USB'nde yaşanan sorunlar ve bunlara ilişkin çözüm önerilerini değerlendirmek için çalışma, nitel

ve nicel olarak iki kısma ayrılmıştır. Nitel araştırma aşamasında derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Nicel araştırma aşamasında ise katılımcılara anket uygulanmıştır. Tablo 3, çalışma kapsamında ele alınan USB alanındaki paydaş grupları ve bu gruplardan veri toplama yöntemini göstermektedir.

Tablo 3. USB Alanındaki Paydaşlar ve Veri Toplama Yöntemi

Türkiye’de USB Hizmeti Sunan Paydaşlar	Veri Toplama Yöntemi
ASHB Merkez Teşkilatındaki Yönetici ve Uzmanlar	Derinlemesine Görüşme Tekniği
Ankara ASHB İl Müdürlüğündeki Yöneticiler	Derinlemesine Görüşme Tekniği
USB Hizmeti Sunan Kuruluş Yöneticileri	Derinlemesine Görüşme Tekniği
USB Alanında Çalışmalar Yürüten Sivil Toplum Örgütleri Yöneticileri	Derinlemesine Görüşme Tekniği
USB Hizmeti Sunan Kuruluşlarda Çalışanlar	Anket Uygulaması
USB Hizmeti Sunan Kuruluşlardan Hizmet Alanlar	Anket Uygulaması

4.6.1. Kalitatif Veri Derleme Aracı

Araştırmanın birinci aşaması olan nitel kısmında, USB hizmeti sunan ASHB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nde görevli yönetici ve uzmanlar, ASHB Ankara İl Müdürlüğü’nde görevli yöneticiler, USB hizmeti sunan kuruluş yöneticileri ve USB alanında çalışan STK’ların yöneticileri ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu bağlamda çalışmanın birinci aşamasında 20 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Tablo 4, derinlemesine görüşme yapılan katılımcılara ait genel bilgileri göstermektedir.

Tablo 4. Derinlemesine Görüşme Yapılan Paydaşlar

Paydaşlar	Uzman	Yönetici	Toplam
ASHB, EYHGM	2	3	5
ASHB, Ankara İl Müdürlüğü	-	1	1
ASHB’na Bağlı Resmi Kuruluşlar	-	5	5
ASHB’na Bağlı Özel Kuruluşlar	-	3	3
STK (Mesleki Çalışmalar Yapan Örgütler)	-	3	3
STK (Hizmet Alanlara Yönelik Kurulan Örgütler)	-	3	3
Toplam	2	18	20

Görüşmelerde yarı yapılandırılmış yönerge kullanılmıştır. Görüşme sırasında araştırmacıya rehberlik etmesi için Görüşme Yönergesi hazırlanmıştır. Görüşme

Yönergesi’nde katılımcılara sorulan sorular ve hatırlatıcı kelimeler yer almaktadır. Görüşme Yönergesi Ek 1’de sunulmuştur.

Görüşmelerden önce Etik Kurallar (Ek 2) belirlenmiştir ve bu etik kuralları içeren Gönüllü Katılım Formu hazırlanmıştır. Gönüllü Katılım Formu Ek 3’te sunulmuştur. Görüşmelerin ses kaydı ile kayıt altına alınacağı, araştırmanın niteliği, görüşme sırasında sorulacak sorular ve etik kurallar görüşme öncesi hem sözlü hem de yazılı olarak katılımcılara açıklanmıştır. Görüşme yer ve zamanı, katılımcının tercihinine göre belirlenmiştir. Katılımcılara görüşmelerde paylaşılan kimlik bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı ve bu görüşmelerden elde edilen bilgi/verilerin sadece bilimsel araştırma amaçlı olup, başka amaçlar için kullanılmayacağı konusu hem sözlü hem de Gönüllü Katılım Formu’nda yazılı olarak bildirilmiştir. Aynı şekilde görüşmenin başında, katılımcı istediği zaman görüşmenin kesilebileceği ve istendiğinde başka bir zaman ve yerde devam edilebileceği ya da görüşmeden vazgeçilebileceği açıklanmıştır. Görüşmelerde katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular sorulmamış ve kişilik hakları ve mahremiyetleri korunmuştur.

Derinlemesine görüşmelerde uzmanlara “USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar nelerdir?”, “Bu sorunların nedeni nedir?”, “Bu sorunlara ilişkin çözüm önerileri nelerdir?” soruları sorulmuştur. Ayrıca, USB sistemlerinin unsurları olarak yasal düzenlemeler, organizasyon, insan kaynağı yönetimi, ödemeler, teşvikler, fiziksel mekanlara ve hizmet kalitesine ait standartlar hatırlatıcı kelime olarak kullanılmıştır. Görüşmelere ait ses kayıtları 45-90 dakika arasında değişmektedir. Görüşmelerin ses kaydı dışındaki bölümleri ile ilgili gözlemci notları da tutulmuştur.

4.6.2. Kantitatif Veri Toplama Aracı

Araştırmanın ikinci aşaması olan nicel araştırma kısmında, yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Bu aşamada kullanılan soru kâğıdı temel olarak üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar; *kişisel bilgiler, uzun süreli bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve uzun süreli bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerileridir*. İkinci

ve üçüncü bölümde yer alan ifadeler çalışmanın kalitatif aşamasından elde edilen kod ve temalardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Soru kâğıdı uygulamaya başlamadan önce içerik geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. İçerik geçerlilik analizi için anketler, USB alanında bilgi ve deneyim sahibi olan yedisi akademisyen, üçü uzman toplam on kişiye gönderilmiştir. Bu kişilerden ankette yer alan her bir maddeyi "uygun", "uygun ama düzeltilmeli", "uygun değil" cevap seçeneklerine göre değerlendirmeleri istenmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı hesaplanmıştır. Buna göre anketin Kapsam Geçerlilik İndeksini 0,77 olarak bulunmuştur. Akademisyen ve uzmanların değerlendirmeleri tek tek incelenerek ankete son hali verilmiştir.

Başlangıçta hizmet alanlar ve çalışanlar için tek bir anketin kullanılması düşünülmüştür. İçerik geçerlilik analizi sonucunda ise anketin hizmet alanlar ve çalışanlar için ayrı olarak düzenlenmesi uygun bulunarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çalışanlar için hazırlanan ankette kişisel bilgiler için 8 soru sorulmuştur. Çalışanlara uygulanan ankette USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik 29 ifade ile çözüm önerilerine yönelik 36 ifade olmak üzere toplam 65 ifadeye ve 2 açık uçlu soruya yer verilmiştir. Hizmet alanlar için hazırlanan ankette ise kişisel bilgiler için 9 soru sorulmuştur. Hizmet alanların anketinden çalışanların anketinde yer verilen beş ifade uygun olmadığı için çıkarılmış ve sorunlara yönelik 24 ifade ile çözüm önerilerine yönelik 36 olmak üzere toplam 60 ifadeye ve 2 açık uçlu soruya yer verilmiştir. Anketin USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar bölümünde, "bakım hizmeti sunan personel" alanındaki beş ifadenin çalışanlara yönelik olduğu ve hizmet alanların değerlendirmesinin uygun olmadığı değerlendirilmiştir. İki anket arasındaki fark bundan kaynaklanmakta olup Tablo 5, çalışan ve hizmet alan anketleri ile ilgili genel bilgileri göstermektedir.

Tablo 5. Anket Çalışmasında Kullanılan Soru Kağıtlarına İlişkin Genel Bilgiler

Bölümler	Kategoriler	Çalışanlara Yönelik Anket	Hizmet Alanlara Yönelik Anket
Bölüm 1: Kişisel Bilgiler	-	8 soru	9 soru
Bölüm 2: USB Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar	USB Hizmetlerine Erişim	9	9
	Kurumsal Bakımın Yükü	3	3
	Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri	5	5
	Bakım Hizmeti Sunan Personel	7	2
	Yaşlı ve Engelli Yakınları	3	3
	Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/Memnuniyet	2	2
Bölüm 3: USB Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlara İlişkin Çözüm Önerileri	USB Hizmetlerine Erişim	9	9
	Kurumsal Bakımın Yükü	6	6
	Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri	3	3
	Bakım Hizmeti Sunan Personel	6	6
	Yaşlı ve Engelli Yakınları	7	7
	Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/Memnuniyet	5	5
	Açık uçlu soru	2	2
Toplam		65	60

Çalışmanın ikinci aşaması olan anket çalışması Ankara ilinde yatılı bakım merkezlerinde çalışanlar ve hizmet alanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anket toplamda 12 kuruluştaki 436 kişi üzerinde uygulanmıştır. Çalışanlara yönelik anketler 9'u özel, 3'ü kamu olmak üzere toplam 12 kuruluştaki 310 kişi üzerinde uygulanmıştır. Hizmet alanlara yönelik anketler ise yine aynı kuruluşlar içinden 2'si özel, 3'ü kamu olmak üzere toplam 5 kuruluştaki 126 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hizmet alanlara anket uygulanmadan önce Mini Mental Test yapılmıştır. Bu testten 24 ve üzeri puan alanlara çalışmaya dahil edilmiştir. Tablo 6, anket uygulaması yapılan kişileri göstermektedir.

Tablo 6. Anket Uygulamasına Katılanlara Ait Bilgiler

Kuruluş Mülkiyet Tipi/ Paydaş Grup	Çalışan	Hizmet Alan	Toplam
Özel	179	22	201
Kamu	131	104	235
Toplam	310	126	436

4.7. ETİK BEYANI

Çalışma nitel ve nicel olarak iki aşamadan oluşmaktadır. Çalışmanın nitel kısmı için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan izin alınmıştır. Çalışmanın ikinci aşaması olan nicel kısmı için ise Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Çalışmanın birinci aşamasını oluşturan derinlemesine görüşmeler, 2.7.2018 tarihli, 109.026 sayılı Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon'undan alınan onayı takiben Temmuz 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ek 4'te sunulmuştur.

Çalışmanın ikinci aşamasını oluşturan anket çalışması için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.09.2021 toplantı tarihli ve 2021/17-14 karar numarası ile yazılı izin alınmıştır. Anket uygulamasına, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu iznini takiben başlanmış olup, çalışma Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ek 5'te sunulmuştur. Anket uygulaması Ankara ilinde 9'u özel, 3'ü kamu olmak üzere 12 kuruluşa gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın gerçekleştirilmesi için gerekli olan idari izinler (Ek 7), kuruluşlardan ve kuruluşların bağlı olduğu idarelerden alınmıştır.

4.8. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmanın birinci aşaması olan derinlemesine görüşmeler ses kaydı ile kayıt altına alınmıştır. Öncelikle bu ses kayıtları ayrı ayrı çözümlenerek yazılı hale getirilmiştir. Nitel verilerin analizi için MAXQDA yazılım program kullanılmıştır. Metinlerin kodlamaları bu program ile yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda 232 kod elde edilmiştir. Elde edilen kodlardan (ifade/görüş) benzer ve aynı anlamda olanlar çıkarıldıktan sonra ise geriye 143 kod kalmıştır. Ancak, bu kodlar içerisinde de USB alanında çalışanlara ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlara yöneltilmesi uygun olmayan ifadeler ayrıldıktan sonra geriye 65 kodun anket maddesi olarak kullanılması uygun görülmüş ve aynı konuyu ele alan kodlar sistematik bir şekilde bir araya getirilerek (gruplandırılarak) Ek 6'daki soru

kağıdına ulaşılmıştır. Nitel araştırma bulguları Kalitatif Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Çalışmanın ikinci aşaması olan anket uygulamasında verilerin analizi için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunun geçerliliğinin test edilmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi, güvenilirliğini test etmek için ise içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) kullanılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda; anket formunda yer alan USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ait maddeler; çalışanlar için “kurumsal bakımın yeterliliği”, “erişim”, “kurumsal bakımın yükü”, “uzmanlaşmış bakım hizmetleri”, “standartlar ve iş doyumu”, “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ve “hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” olmak üzere yedi (7) faktör altında gruplanmıştır. Ancak, hizmet alan anketinde yer almayan 5 ifadeden 3’ünün standartlar ve iş doyumu faktörü altında, 2’sinin ise hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler faktörü altında gruplandığı görülmüştür. Bu sebeple USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ait maddeler; hizmet alanlar için “kurumsal bakımın yeterliliği”, “erişim”, “kurumsal bakımın yükü”, “uzmanlaşmış bakım hizmetleri”, “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ve “hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” olmak üzere yedi (6) faktör altında gruplanmıştır. Regresyon analizlerinde bu faktörlere göre işlem yapılmıştır.

USB hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin maddeler ise “kurumsal bakımın yeterliliği”, “erişim”, “kurumsal bakımın yükü”, “uzmanlaşmış bakım hizmetleri”, “evde bakım hizmetleri”, “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ve “hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” olmak üzere yine yedi (7) faktör altında gruplandırılmıştır. Bu noktada şunu belirtmek gerekmektedir; sorunlara ilişkin faktörlerde yer alan standartlar ve iş doyumu faktörü çözüm önerilerinde çıkmamış, bunun yerini evde bakım hizmetleri faktörü almıştır. Ayrıca, çözüm önerilerine ilişkin ifadeler hem çalışan hem de hizmet alan anketlerinde aynı şekilde yer aldığı için burada her iki grup birlikte analiz edilmiştir. Bundan sonra yapılan bağımsız değişkenler arası korelasyon analizinde, t testlerinde ve regresyon analizlerinde bu faktörlere göre işlem yapılmıştır.

Katılımcıların USB alanında yaşanan sorunlara ait ifadelere verdikleri cevaplar hiç katılmıyorum (1 puan), biraz katılıyorum (2 puan), orta derecede katılıyorum (3 puan), çoğunlukla katılıyorum (4 puan) ve tamamen katılıyorum (5 puan) şeklindedir. Çalışanlara yönelik uygulanan anketlerde USB alanında yaşanan sorunlara ait 29 ifadenin 23'ü, hizmet alanlara yönelik uygulanan anketlerde ise USB alanında yaşanan sorunlara ait 24 ifadenin 18'i olumsuz ifadelerdir. İstatistiksel tutarlılığının sağlanması için olumsuz ifade içeren maddeler ters kodlama yapılarak analizlere sokulmuştur.

Araştırma verilerinin analizinde, tanımlayıcı istatistikler ve hipotezleri test etmek için t testi ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır. Bu amaçla geliştirilen regresyon modellerinde “kurumsal bakımın yeterliliği”, “erişim”, “kurumsal bakımın yükü”, “uzmanlaşmış bakım hizmetleri”, “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ve “hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutlarında yaşanan sorunlar ve bu sorunların giderilmesine ilişkin çözüm önerileri ile “standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlar ve “evde bakım hizmetleri” boyutunda çözüm önerileri bağımlı değişkenler olarak kullanılırken; “cinsiyet”, “yaş”, “öğrenim durumu”, “meslek”, “medeni durum”, “çocuk sayısı”, “aylık gelir düzeyi” ile çalışanlar için ayrıca “uzun süreli bakım alanında çalışma süresi”, hizmet alanlar için ise “kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi” ve “kuruluşa gelme sebebi” bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

Çoklu regresyon analizlerinde modele alınacak değişkenleri belirlemek için önce tek değişkenli regresyon (univariate linear regression) analizleri yapılmıştır. Tek değişkenli regresyon analizi, tek bir bağımsız değişken ile bağımlı değişken veya değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olması durumunda bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni ne derece açıkladığını tahmin etmek için kullanılan istatistiksel bir yaklaşımdır. Çalışmada tek değişkenli regresyon analizi sonucunda p değeri 0,25'ten küçük olan değişkenler çoklu regresyon analizine dahil edilmiştir (Morgan vd., 2000; Field, 2005; Alpar, 2020).

4.8.1. Geçerlilik Analizi

Bir ölçeğin standardize olabilmesi ve sağlıklı bilgi üretilmesi için “geçerlilik” ve “güvenilirlik” olarak ifade edilen iki özelliği taşıması gerekmektedir. Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesidir. Geçerlilik analizleri ile “kullanılan ölçüm aracıyla neyi ölçmek istiyoruz?”, “ölçek maddeleri ile ölçmek istediğimizi doğru olarak ölçebilir miyiz?” sorularına cevap vermede kullanılmaktadır (Ercan ve Kan, 2004).

Geçerlilik, istatistiksel anlamda farklı kaynaklarda farklı isimlerle ayrılmakla birlikte genel anlamda kapsam geçerliliği (content validity), kriter geçerliliği (criterion validity), yapı geçerliliği (construct validity) ve görünüş geçerliliği (face validity) olmak üzere dörde ayrılmaktadır. Kapsam geçerliliği, ölçekteki her bir maddenin ve bir bütün olarak ölçeğin, ölçülmek istenene ne derece hizmet ettiğini göstermektedir. Kriter geçerliliği, ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla ölçekten elde edilen puanlarla, belirlenen kriterler arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Yapı geçerliliği, birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli kriterlerin arasındaki ilişkilerin oluşturduğu örüntüyü göstermektedir. Ölçekteki maddelerin ölçeğin geneli ile uyum durumu ve ölçek ile ölçülmek istenenin tutarlılığı yapı geçerliliği ile açıklanmaktadır. Görünüş geçerliliği, ölçeğin ölçülmek isteneni ne derece ölçebilir görüldüğü ile ilgilidir. Yani, ölçeğin neyi ölçtüğünü değil, neyi ölçer görüldüğünü göstermektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Ercan ve Kan, 2004).

Ölçek kullanılarak yapılan araştırmaların geçerliliğini analiz etmede yapı geçerliliğinin test edilmesi önemlidir. Yapı geçerliliğini test etmede sıklıkla kullanılan yöntem faktör analizidir. Faktör analizi, birbirleri ile ilişkili veri yapılarını birbirinden bağımsız daha az sayıda yeni veri yapılarına dönüştürmede kullanılan bir yöntemler bütünüdür. Faktör analizinde ölçek maddelerinin hangilerinin hangi faktörler altında toplandığına bakılarak her bir maddenin atandığı faktör ile ilişkisini gösteren faktör yükleri matriksi kullanılmaktadır (Alpar, 2012).

Bu çalışmada faktör analizi, nicel araştırma aşamasında kullanılan anketlerin yapı geçerliliğini test etmek ve anketteki ifadelerin (maddelerin) istatistiksel olarak da olması

gereken yerde toplanıp toplanmadığını incelemek için kullanılmıştır. Bu bağlamda öncelikli olarak anketteki her maddenin hangi faktör altında toplandığı analiz etmede açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Faktör analizine başlamadan önce veri setinin Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO) değeri ve Barlett testi sonucuna bakılmıştır. KMO değeri, örneklemin yeterliliğini test etmek için kullanılmaktadır. Bu değer 0,70'den büyük olması araştırmada kullanılan örneklemin yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Bartlett testi ise faktör analizinin eldeki veri setine uygulanıp uygulanamayacağı hakkında bilgi vermektedir. Analiz sonucunda Bartlett test değerinin $p < 0,05$ olması beklenmektedir.

4.8.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) Bulguları

Çalışmada hem Türkiye’de sunulan USB hizmetlerinde yaşanan sorunları belirlemek için kullanılan 29 ifade hem de yaşanan sorunların çözümüne ilişkin kullanılan 36 öneriyi birbirinden bağımsız az sayıda faktör altında gruplandırmak için 310 hizmet sunucu ve 126 hizmet alan olmak üzere toplam 436 katılımcının ankete verdikleri cevaplar üzerinden açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi (AFA) kullanılırken USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin “Ağırlıklandırılmamış En Küçük Kareler Analizi” kullanılmış olup “Varimax” döndürmesinden yararlanılmıştır. Çözüm önerilerine ilişkin olarak ise “Temel Bileşenler Analizi” kullanılmış olup “Varimax” döndürmesinden yararlanılmıştır.

USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara yönelik 29 maddeye ilişkin görüşleri üzerinde yapılan AFA sonucunda; KMO değerinin (0,799) 0,70’in üzerinde olduğu için örneklem sayısının açımlayıcı faktör analizi için yeterli olduğu ve Barlett testi sonucu da anlamlı olduğu (3.145,02; $p < 0,001$) için USB hizmetlerinde yaşanan sorunları ölçmek için kullanılan bu 29 maddeye açımlayıcı faktör analizi uygulanabileceği bulunmuştur. Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda; 29 maddeden 2’sinin dışarıda kaldığı, ancak geriye kalan 27 maddenin 7 faktörün altında toplandığı bir yapı elde edilmiştir. 1. faktörün özdeğeri 6,661 iken en düşük özdeğere sahip 7. faktörün özdeğerinin ise 1,051 olduğu ve toplam varyansın %61,3’ünün açıklandığı görülmüştür. Bunun üzerine geriye kalan 27 ifade üzerinden yeniden AFA yapıldığında maddelerin yine 7 faktör altında toplandığı

bulunmuştur (KMO= 0,809; Barlett testi: 2.935,869; $p<0,001$; 1. faktörün özdeğeri 6,469; en düşük özdeğere sahip 7. faktörün özdeğeri 1,113; açıklanan varyans %59,2). Ancak, 7 faktör altında toplanan 27 maddenin güvenilirlik analizi yapıldığında ise 6. faktör altına giren 18. maddenin bu boyutun güvenilirliğini önemli şekilde düşürdüğü (Cronbach Alfa= 0,232) görülerek analizden çıkarılmasına karar verilmiştir. Bunun üzerine 18. madde çıkarıldıktan sonra kalan geri kalan 26 ifade üzerinden yeniden AFA yapıldığında ise, 26 ifadenin 7 faktör altında toplandığı nihai bir yapıya ulaşılmıştır (KMO= 0,818; Barlett testi: 2.869,104; $p<0,001$). USB alanında yaşanan sorunları içeren 7 faktör altında toplanan 26 maddelik yapıda en yüksek özdeğere sahip 1. faktörün özdeğerinin 6,469 olduğu, en düşük özdeğere sahip olan 7. faktörün özdeğerinin ise 1,002 olduğu, bu 26 maddenin bu faktör yapısındaki varyansın %61,3'ünü açıkladığı görülmüştür. USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin 26 ifadeden oluşan 7 faktörlü yapının güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa değerlerinin kabul edilebilen seviyede olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Nihai model sonucunda ulaşılan bu 7 faktörlü yapı yakından incelendiğinde; birinci faktör, 3 maddeden (10, 11 ve 12 no'lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %24,9'unu açıklamaktadır. Birinci faktörde USB hizmetlerinde kurumsal bakımın yükü ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Kurumsal Bakımın Yüğü (KBYüğü)” olarak belirlenmiştir. İkinci faktör, 4 maddeden (14, 15, 16 ve 17 no'lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %8'ini açıklamaktadır. İkinci faktörde USB hizmetleri içerisinde uzmanlaşmış bakım hizmetleri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri (UBH)” olarak belirlenmiştir. Üçüncü faktör, 6 maddeden (3, 4, 5, 7, 8 ve 9 no'lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %7,7'sini açıklamaktadır. Üçüncü faktörde, Türkiye’de USB hizmetlerine erişim ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktör “Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim” olarak adlandırılmıştır. Dördüncü faktör, 6 maddeden (6, 22, 23, 24, 25 ve 27 no'lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %6,7'sini açıklamaktadır. Dördüncü faktörde kuruluşlarda hizmetin sürdürülebilirliği ile bakım hizmetini veren personel ve evde bakım veren kişilerle ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Hizmetin sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler (BBV)” olarak belirlenmiştir. Beşinci faktör, 2 maddeden (1 ve 2 no'lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %5,2'sini

açıklamaktadır. Beşinci faktörde, Türkiye’de USB hizmetleri içinde yatılı kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktör “Kurumsal Bakımın Yeterliliği (KBYeterlilik)” olarak adlandırılmıştır. Altıncı faktör, 2 maddeden, (28 ve 29 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %4,9’unu açıklamaktadır. Bu faktörde hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet (KK)” olarak belirlenmiştir. Yedinci faktör, 3 maddeden (19, 20 ve 21 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam yapının %3,9’unu açıklamaktadır. Yedinci faktörde bakım hizmeti sunan personelin mesleki standartları ile iş doyumu ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Standartlar ve İş Doyumu” olarak belirlenmiştir. Böylece ulaşılan 7 faktörlü yapının toplam varyansın %61,3’ünü açıklama kabiliyetinde olduğu görülmüştür.

Aşağıdaki Tablo 7’de, anketin ikinci bölümünü oluşturan USB alanında sorunlara ilişkin maddeler için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktörler, faktör yükleri ve varyans açıklama yüzdesi verilmiştir.

Tablo 7. USB Alanında Karşılaşılan Sorun Alanlarına Ait Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

	Faktörler*						
	1	2	3	4	5	6	7
s10.	0.763						
s11.	0.748						
s12.	0.709						
s17.		0.795					
s16.		0.679					
s15.		0.629					
s14.		0.417					
s8.			0.626				
s7.			0.603				
s3.			0.486				
s9.			0.407				
s4.			0.363				
s5.			0.342				
s25.				0.577			
s23.				0.548			
s22.				0.525			
s6.				0.455			
s27.				0.326			
s24.				0.300			
s1.					0.847		
s2.					0.824		
s29.						0.816	
s28.						0.590	
s21.							0.570
s20.							0.550
s19.							0.378
Özdeğer	6,469	2,089	1,997	1,752	1,350	1,273	1,002
Açıklanan Varyans (%)	%24,9	%8	%7,7	%6,7	%5,2	%4,9	%3,9

KMO=0,818, Barlett testi= 2869,1, $p<0,001$

*: 1. faktör kurumsal bakımın yükü, 2. faktör uzmanlaşmış bakım hizmetleri, 3. faktör USB hizmetlerine erişim, 4. faktör hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler, 5. faktör kurumsal bakımın yeterliliği, 6. faktör hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet, 7. faktör standartlar ve iş doyumu

Soru kağıdının ikinci bölümünü oluşturan Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilerini içeren 36 ifade üzerinden AFA yapılmış ve bu ifadeler 7 faktör altında gruplandırılmıştır (KMO= 0,946; Barlett testi: 10.834,098; sonucu $p<0,001$; 1. faktörün özdeğeri 16,344; en düşük özdeğere sahip 7. faktörün özdeğeri 0,937; açıklanan varyans %66,9). 7. faktörün özdeğeri 1’in altında olmakla birlikte yaşanan sorunlarla aynı faktör sayısını ürettiği için bu durum ihmal edilmiştir. Bu haliyle 36 öneriden oluşan 7 boyutlu yapının Cronbach alfa değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Çözüm önerilerine ait birinci faktör 6 maddeden (30, 31, 32, 33, 35 ve 36 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %45,4’ünü açıklamaktadır. Bu faktörde Türkiye’de kurumsal bakımın yeterliliğine yönelik öneriler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Kurumsal Bakımın Yeterliliği” olarak belirlenmiştir. İkinci faktör 7 maddeden (45, 46, 49, 50, 58, 59 ve 60 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %5,3’ünü açıklamaktadır. İkinci faktörde, uzmanlaşmış bakım hizmetleri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktöre “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” adı verilmiştir. Üçüncü faktör, 5 maddeden (34, 37, 38, 47 ve 52 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %4,2’sini açıklamaktadır. Üçüncü faktörde hizmete erişim ile ilgili faktörler bir araya geldiği için bu faktöre “USB Hizmetlerine Erişim” adı verilmiştir. Dördüncü faktör, 5 maddeden (61, 62, 63, 64 ve 65 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %3,7’sini açıklamaktadır. Dördüncü faktörde hizmet alanın hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/Memnuniyet” olarak belirlenmiştir. Beşinci faktör, 7 maddeden (48, 51, 53, 54, 55, 56 ve 57 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %3’ünü açıklamaktadır. Bu faktör altında USB hizmetini sunan kişiler ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” olarak belirlenmiştir. Altıncı faktör, 4 maddeden (41, 42, 43 ve 44 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %2,8’ini açıklamaktadır. Altıncı faktörde kurumsal bakımın yükü ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktöre “Kurumsal Bakımın Yükü” adı verilmiştir. Yedinci faktör 2 (39 ve 40 no’lu ifadeler) oluşmakta olup, toplam varyansın %2,6’sını açıklamaktadır. Bu faktörde evde bakım hizmetleri ile ilgili ifadeler bir araya geldiği için bu faktörün adı, “Evde Bakım Hizmetleri (EB)” olarak belirlenmiştir. Böylece ulaşılan 7 faktörlü yapının toplam varyansın %66,9’unu açıklama kabiliyetinde olduğu görülmüştür. Tablo 8, anketin USB alanında karşılaşılan sorunlara ilişkin geliştirilen çözüm önerileri için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktörler, faktör yükleri ve varyans açıklama yüzdesi verilmiştir.

Tablo 8. USB Alanında Karşılaşılan Sorunlara Ait Çözüm Önerileri Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

	Faktörler*						
	1	2	3	4	5	6	7
Ç.ö.30.	0,773						
Ç.ö.32.	0,719						
Ç.ö.35.	0,679						
Ç.ö.31.	0,679						
Ç.ö.36.	0,663						
Ç.ö.33.	0,539						
Ç.ö.59.		0,656					
Ç.ö.58.		0,625					
Ç.ö.45.		0,600					
Ç.ö.49.		0,600					
Ç.ö.46.		0,559					
Ç.ö.60.		0,547					
Ç.ö.50.		0,481					
Ç.ö.34.			0,617				
Ç.ö.52.			0,571				
Ç.ö.47.			0,559				
Ç.ö.37.			0,559				
Ç.ö.38.			0,433				
Ç.ö.62.				0,828			
Ç.ö.64.				0,736			
Ç.ö.61.				0,670			
Ç.ö.65.				0,651			
Ç.ö.63.				0,578			
Ç.ö.55.					0,630		
Ç.ö.48.					0,602		
Ç.ö.53.					0,585		
Ç.ö.56.					0,539		
Ç.ö.57.					0,526		
Ç.ö.54.					0,461		
Ç.ö.51.					0,444		
Ç.ö.41.						0,593	
Ç.ö.43.						0,593	
Ç.ö.44.						0,576	
Ç.ö.42.						0,438	
Ç.ö.39.							0,822
Ç.ö.40.							0,578
Özdeğer	16,344	1,898	1,511	1,335	1,061	1,009	0,937
Açıklanan Varyans (%)**	%45,4	%5,3	%4,2	%3,7	%2,9	%2,8	%2,6

KMO=0,946, Barlett testi= 10.834,1, $p<0,001$

*1: faktör kurumsal bakımın yeterliliği, 2. faktör uzmanlaşmış bakım hizmetleri, 3. faktör USB hizmetlerine erişim, 4. faktör hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyeti, 5. faktör hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler, 6. faktör kurumsal bakımın yükü, 7. faktör evde bakım hizmetleri

4.8.2. Güvenilirlik Analizi

Bir ölçeğin geçerli olmasının yanında taşıması gereken bir diğer özelliği güvenilir olmasıdır. Güvenilirlik, koşullar değişmeden tekrarlayan ölçümlerin benzer ve tutarlı sonuçlar vermesidir. Bir başka ifadeyle güvenilirlik zamana göre değişmezlik ölçüsüdür (Alpar, 2013). Ölçeğin güvenilirliğinden bahsedebilmek için tekrarlı ölçümlerde ölçme işleminin standart hatasının düşük olması gerekmektedir. Güvenilirlik sadece ölçme aracının değil, aracın sonuçlarına ilişkin de olması gereken bir özelliktir. (Ercan ve Kan, 2004). Bu nedenle çalışma kapsamında geliştirilen soru kağıdının geçerlilik analizinin ardından güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde korelasyon katsayıları, sınıf için korelasyon katsayıları, Cronbach Alfa katsayısı, Spearman Brown katsayısı, Kendall W katsayısı ve Kuder Richardson katsayısı gibi katsayılarından yararlanılmaktadır. Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğini hesaplamada sıralamadan kaynaklanan varyansı kullanan Cronbach Alfa katsayısının kullanılmasının uygun olduğu kabul edilmektedir (Kartal ve Dirlik, 2016). Bu çalışmada Likert tipi ölçeklerin güvenilirlik analizinde sıklıkla kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır.

Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin bir bütün oluşturarak ölçülmek istenen yapıyı açıklayıp açıklamadığını göstermektedir. Bu nedenle ölçek maddelerinin birbirleriyle tutarlı olması ve birlikte çalışması gerekmektedir. Ölçek maddelerin birbirleriyle tutarlılığı arttıkça Cronbach Alfa katsayısı yükselmektedir. Buna göre alfa katsayısı 0,80- 1,0 arasında ise ölçeğin güvenilirliği yüksek, 0,60- 0,79 arasında ise güvenilir, 0,40-0,59 arasında ise güvenilirliği düşük ve 0,39 altında ise ölçeğin güvenilir olmadığı kararlaştırılır. Ancak, alfa katsayısının 0,95'ten büyük olmasının ölçek maddelerinin birbiriyle çok benzediği anlamına geldiği, bu nedenle 0,95'i aşmaması gerektiği de alan yazında geçmektedir. Tablo 9, katılımcıların Türkiye'de USB alanında yaşanan sorunlara ve sorunların çözümüne ilişkin önerilere ilişkin verdikleri cevapların güvenilirlik düzeylerini göstermektedir.

Tablo 9'a göre 62 maddelik soru kağıdının genel güvenilirlik düzeyi, hem hizmet alanlarda (Cronbach alfa=0,818) hem de çalışanlarda (Cronbach alfa=0,837) 0,80'in

üzerinde olup güvenilirlik düzeyi yüksektir. Ayrıca, USB alanında çalışanlara ait soru kağıdının hem USB hizmetlerinde yaşanan sorun alanları ile ilgili bölümünde (0,842) hem de yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerilerini içeren bölümünde (0,962) güvenilirlik düzeyinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak; boyutlar/faktörler açısından incelendiğinde USB alanında çalışanlarda sorun alanları bölümünde standartlar ve iş doyumu boyutu/faktörünün (0,591), çözüm önerileri bölümünde ise evde bakım hizmetleri boyutu/faktörünün (0,543) güvenilirlik düzeyi düşük çıkmıştır. Bu boyutları oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyi incelendiğinde standartlar ve iş doyumu boyutu altındaki madde 20'nin ve evde bakım boyutu altındaki madde 39'un düşük güvenirlilik seviyesinde olduğu görülmüştür. Ancak bu durum kabul edilebilir sınırlarda olup geçerlilik analizlerinde ve ileri aşamada yapılan regresyon analizlerinde sorun oluşturmamıştır.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlara verdikleri cevapların genel güvenilirlik düzeyinin ise güvenilir (0,648), USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler bölümünün genel güvenilirlik düzeyinin yüksek (0,956) olduğu görülmüştür. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlar bölümü boyutlar/ faktörler açısından incelendiğinde; USB hizmetlerine erişim boyutunun (0,532) ve hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler boyutunun (0,460) güvenilirlik düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu boyutları oluşturan maddelerin güvenilirlik düzeyi incelendiğinde USB hizmetlerine erişim boyutu altındaki madde 3'ün ve hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler boyutu altındaki madde 6'nın düşük güvenirlilik seviyesinde olduğu görülmüştür. Ancak bu durum da kabul edilebilir sınırlarda olup geçerlilik analizlerinde ve ileri aşamada yapılan regresyon analizlerinde sorun oluşturmamıştır.

Tablo 9. Araştırmada Kullanılan Soru Kağıdının Güvenilirlik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Boyutlar	Madde Sayısı	Tüm Katılımcılar İçin Güvenilirlik Katsayısı (n=436)	Hizmet Alanlar İçin Güvenilirlik Katsayısı (n=126)	Çalışanlar İçin Güvenilirlik Katsayısı (n=310)
USB Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar				
Kurumsal Bakımın Yüğü	3	0,869	0,848	0,880
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri	4	0,761	0,765	0,761
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim	6	0,681	0,532	0,721
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler	6	0,698	0,460	0,698
Kurumsal Bakımın Yeterliliği	2	0,792	0,626	0,836
Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/Memnuniyet	2	0,731	0,765	0,711
Standartlar ve İş Doyumu	3	0,591	-	0,591
Sorun Alanları Bölümünün Genel Güvenilirlik Düzeyi	26	0,842	0,648	0,842
USB Hizmetlerine İlişkin Çözüm Önerileri				
Kurumsal Bakımın Yüğü	4	0,772	0,834	0,751
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri	7	0,897	0,872	0,902
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim	5	0,869	0,866	0,869
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler	7	0,855	0,832	0,860
Kurumsal Bakımın Yeterliliği	6	0,905	0,914	0,901
Hizmet Alanın Kararlara Katılımı/Memnuniyet	5	0,846	0,927	0,812
Evde Bakım Hizmetleri	2	0,584	0,705	0,543
Çözüm Önerileri Bölümünün Genel Güvenilirlik Düzeyi	36	0,962	0,956	0,962
Ölçeğin Genel Güvenilirlik Düzeyi	62	0,837	0,818	0,837

5. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde kantitatif araştırma ve kalitatif araştırma yaklaşımlarından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Kantitatif araştırma bulguları; tanımlayıcı bulgular ve hipotezlere ilişkin bulgular olarak ele alınmıştır. Tanımlayıcı bulgular, çalışmaya katılan 436 katılımcıya ait tanımlayıcı bilgileri ve onların USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini içermektedir. Hipotezlere ilişkin bulgular ise, çalışmanın analitik bulgularını ortaya koymaktadır. Son olarak kalitatif görüşmelerden elde edilen bulgular ise, soru kâğıdının oluşturulması için yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen nitel analiz bulgularını açıklamaktadır.

5.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmaya katılan USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların sosyo demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Hizmet Alan (n=126)		Çalışan (n=310)		Toplam (n=436)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kurumun Mülkiyeti						
Özel	22	17,5	179	57,7	201	46,1
Kamu	104	82,5	131	42,3	235	53,9
Yaş						
<30			105	33,9	105	24,1
30-44			107	34,5	107	24,5
45-55			95	30,6	95	21,8
60-75 yaş	33	26,2			33	7,5
75-84 yaş	52	41,3			52	12
≥85 yaş	41	32,5			41	9,4
Belirtilmemiş			3	1,0	3	0,7
Cinsiyet						
Kadın	66	52,4	197	63,5	263	60,3
Erkek	60	47,6	113	36,5	173	39,7
Öğrenim Durumu						
İlkokul & ortaokul	44	34,9	75	24,2	119	27,3
Lise & önlisans	41	32,5	130	41,9	171	39,2
Lisans & lisans üstü	41	32,5	102	32,9	143	32,8
Belirtilmemiş			3	1,0	3	0,7
Meslek						
Destek personel			57	18,4	57	13,1
Bakım elemanı			130	41,9	130	29,8
Hemşire/ ATT/ Sağlık Tekn.			60	19,4	60	13,8
Meslek elemanı			60	19,4	60	13,8
Emekli	84	66,6			84	19,1
Ev hanımı	39	31,0			39	9
Çiftçi	3	2,4			3	0,7
Belirtilmemiş			3	1,0	3	0,7
Medeni Durum						
Evli	29	23,0	164	52,9	193	44,3
Bekar	97	77,0	143	46,1	240	55,0
Belirtilmemiş			3	1,0	3	0,7
Çocuk Sayısı						
Çocuğu yok	22	17,5	130	41,9	152	34,9
1 Çocuk Sahibi	12	9,5	47	15,2	59	13,5
2 Çocuk Sahibi	50	39,7	88	28,4	138	31,7
3 ve Üzeri Çocuk Sahibi	42	33,3	42	13,5	84	19,3
Belirtilmemiş			3	1,0	3	0,7
Bakım Sektöründe Çalışma Süresi						
<3 yıl			104	33,5		
3-9 yıl			123	39,7		
≥10 yıl			80	25,8		
Belirtilmemiş			3	1,0		
Hizmet Alanın Yatılı Bakım Hizmeti Aldığı Süre						
1-3 yıl	51	40,5				
4-6 yıl	41	32,5				
7-15 yıl	34	27,0				

Tablo 10. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular
– Devamı

	Hizmet Alan (n=126)		Çalışan (n=310)		Toplam (n=436)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelir						
≤4800 TL			177	57,1	229	52,5
4801-7499 TL			69	22,3	111	25,5
≥7500 TL			48	15,5	77	17,7
Belirtilmemiş			16	5,2	19	4,3
Hizmet Alanın Kuruluşa Gelme Sebebi						
Sağlık Bakımı İhtiyacı	48	38,1				
Yalnızlık	78	61,9				

Tablo 10'a göre araştırmaya katılanların %71,1'ini USB hizmeti sunan kuruluşlarda çalışanlar oluşturmakta iken %28,9'unu bu kuruluşlardan hizmet alanlar oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında özel sektörde çalışanlar %57,7 iken kamuda çalışanlar %42,3'dür. Yatılı bakım kuruluşlarından hizmet alanların ise %82,5'i kamudan, %12,5'i özel sektörden hizmet almaktadır. Buna göre çalışmanın yapıldığı kuruluşların mülkiyet tipine bakıldığında çalışanların çoğunluğu özel sektörde iken hizmet alanların büyük bir kısmı kamudandır.

Katılımcıların yaşa göre dağılımlarına bakıldığında; çalışanların %33,9'u 30 yaş altı, %34,5'i 30-44 yaş arası ve %30,6'sı 45 yaş ve üzerindedir. Hizmet alanların ise tamamı 45 yaş ve üzerinde olup %26,2'si 50-75 yaş aralığında, %41,3'ü 75-84 yaş aralığında ve %32,5'i 85 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan kuruluş çalışanlarının %63,5'ü kadın iken, %36,5'ü erkektir. Hizmet alanlarda ise kadınların oranı %52,4, erkeklerin oranı %47,6'dır. Katılımcıların cinsiyetleri açısından bakıldığında her iki grupta da kadınlar daha fazladır.

Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında; çalışanların %24,2'si ilköğretim & ortaokul, %41,9'u lise & ön lisans, %32,9'u lisans & yüksek lisans mezunudur. Hizmet alanlarda ise %34,9'u ilköğretim & ortaokul, %32,5'i lise & ön lisans ve yine %32,5'i lisans & yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde; çalışanların meslekleri destek personel, bakım elemanı, sağlık servisinde görevli hemşire/ATT/sağlık teknikeri ve meslek elemanı olarak 4 kategoride incelenmiştir. Çalışma kapsamında bahsedilen meslek elemanı tanımı, lisans düzeyinde mesleki eğitim veren okullardan mezun olan ve USB bakım hizmeti sunan kuruluşlarda belli bir mesleki unvanla çalışanları (ergoterapist, fizyoterapist, gerontolog, psikolog, sosyal çalışmacı vb.) genelleyen bir tanım olarak kullanılmıştır. Buna göre USB veren kuruluşlarda çalışanların %18,4'ü destek personel, %41,9'u bakım elemanı, %19,4'ü hemşire/ATT/sağlık teknikeri ve yine %19,4'ü meslek elemanıdır. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların meslekleri incelendiğinde ise %66,6 gibi büyük bir çoğunluğun SGK şemsiyesi altında emekli olduğu görülmektedir. Geriye kalanların %31'i ev hanımı, %2,4'ü ise çiftçidir.

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında; USB hizmeti sunan kuruluşlarda çalışanların %52,9'u evli iken %46,1'i bekarıdır. Hizmet alanların ise %23'ü evli, %77'si bekarıdır. Çalışmada evlenip boşanmış olanlar ve eşini kaybedenler de bekar olarak gruplandırılmıştır. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde ise; çalışanların %41,9'unun çocuğu bulunmazken, %15,2'sinin 1 çocuğu, %28,4'sinin 2 çocuğu ve %13,5'inin 3 ve üzeri çocuğu bulunmaktadır. Hizmet alanların ise %17,5'inin çocuğu bulunmazken, %9,5'inin 1 çocuğu, %39,7'sinin 2 çocuğu ve %33,3'ünün 3 ve üzeri çocuğu bulunmaktadır. Buna göre çocuk sahibi olan hizmet alan sayısı, çocuk sahibi olan çalışan sayısından fazladır.

Çalışma kapsamında ayrıca, çalışanların USB bakım hizmeti sunan kuruluşlarda çalışma süresi ile hizmet alanların bu kuruluşlardan hizmet alma süresi sorulmuştur. Buna göre çalışanların %33,5'i 3 yıldan az, %39,7'si 3-9 yıldır ve %25,8'i de 10 yıl ve daha fazla süredir bakım alanında çalışmaktadırlar. Hizmet alanların ise %40,5'i 1 ila 3 yıldır, %32,5'i 4 ila 6 yıldır ve %27'si 7 ila 15 yıldır USB hizmeti sunan kuruluşlardan hizmet almaktadır.

Katılımcıların aylık gelirlerine bakıldığında; çalışanların %57,1'i 4800 TL altında aylık gelire sahip iken, %22,3'ü 4801 TL ile 7499 TL arasında aylık gelire sahiptir. %15,5'i ise 7500 TL ve üzerinde aylık gelire sahiptir. %5,2'si gelir sorusuna cevap vermemiştir.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların ise; %41,3'ü 4800 TL altında aylık gelire sahip iken, %33,3'ü 4801 TL ile 7499 TL arasında aylık gelire sahiptir. %23,3'ü ise 7500 TL ve üzerinde aylık gelire sahiptir. Hizmet alanlardan %2,4'ü ise emekli maaşına veya herhangi bir aylık gelire sahip değildir. Bu oran çiftçi mesleğine sahip hizmet alanlar ile aynıdır.

Son olarak, çalışanlardan farklı olarak hizmet alanlara kuruluşa gelme sebepleri sorulmuştur. Buna göre hizmet alanların %61,9'u yalnızlık sebebiyle, %38,9'u ise sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle USB hizmeti sunan kuruluşlarda bulunmaktadır.

5.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ KATILIMCILARIN GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların Türkiye'de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini içeren maddelere ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların görüşlerine ait tanımlayıcı bulgular, anketin yapısal geçerliliğini incelemek için yapılan faktör analizleri sonucunda elde edilen boyutlara göre tablolastırılmıştır.

Tablolarda katılımcıların USB alanında yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin ifadelerine verdikleri cevapların ortalama puanları, standart sapma değerleri ve ifadelerle katılım düzeyleri verilmiştir.

5.2.1. Katılımcıların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşleri

USB alanında çalışanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri Tablo 11'de, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri ise Tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 11. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu						2,87	1,23
1.Türkiye'de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir.	18,1	22,3	25,2	19,7	14,8	2,91	1,32
2.Türkiye'de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	21,3	20,0	28,4	15,5	14,8	2,83	1,33
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu						2,37	0,81
3.Büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresi bir yıldan uzun sürmektedir.	34,5	21,9	24,8	14,2	4,5	2,32	1,21
4.Yaşlılar yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalmaktadırlar.	25,2	28,7	24,8	11,3	10,0	2,52	1,26
5.Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretleri yüksek olduğu için yaşlılar bu merkezlerden yararlanamamaktadır.	40,0	18,7	19,7	11,6	10,0	2,33	1,36
7.Bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi değildirler.	36,8	25,2	20,0	9,7	8,4	2,28	1,28
8.Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.	50,0	24,5	17,1	5,2	3,2	1,87	1,07
9.Türkiye'de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.	24,2	23,2	25,5	12,9	14,2	2,70	1,35
Kurumsal Bakımın Yüğü Boyutu						2,00	1,10
10.Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	49,0	22,6	17,1	6,5	4,8	1,95	1,16
11.Yakınlarına evde bakan aileler yeterince desteklenmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	51,9	18,1	16,8	8,1	5,2	1,96	1,22
12.Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	47,7	20,3	16,5	8,1	7,4	2,07	1,28
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu						2,23	1,00
14.Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demansa özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.	36,1	23,9	24,2	6,5	9,4	2,29	1,27
15.Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.	39,0	21,0	23,9	7,7	8,4	2,25	1,28
16.Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.	39,0	22,6	19,7	7,4	11,3	2,29	1,35
17.Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılması, bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilemektedir.	48,4	19,0	18,1	5,2	9,4	2,08	1,31

Tablo 11. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular - Devamı

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Standartlar ve İş Doyumu Boyutu						2,51	0,98
19.USB hizmetlerinde çalışan personelin mesleki yeterlilikleri ile ilgili standartlar tanımlanmamıştır.	24,2	26,8	29,7	8,1	11,3	2,55	1,25
20.Bakım elamanları USB hizmeti sunan kuruluşlarda devamlı çalışmak istememektedir.	29,7	23,5	26,5	8,7	11,6	2,49	1,31
21.Yaşlılığın ilerlemesi ve/veya engelliliğin artması bakım verenin çalışma motivasyonunu düşürmektedir.	31,6	25,2	20,3	9,4	13,5	2,48	1,37
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu						2,62	0,89
6.USB hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.	35,5	20,6	28,7	9,4	5,8	2,29	1,21
22.Vardiyalı çalışma, bakım elamanlarının işe bağlılığını azaltmaktadır.	20,3	15,5	21,9	14,5	27,7	3,14	1,49
23.Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.	24,5	18,4	23,5	16,1	17,4	2,84	1,41
24.USB merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.	34,5	21,9	21,3	8,7	13,5	2,45	1,39
25.Yaşlı ve engellilere ihtiyaç duydukları kurumsal bakımın sağlanmaması yakınlarının bakım yükünün artmasına neden olmaktadır.	37,1	20,0	19,4	10,6	12,9	2,42	1,41
27.Yabancı uyruklu bakıcılar profesyonel ve güvenli hizmet sunmamaktadır.	36,1	14,2	21,0	12,3	16,5	2,59	1,48
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet						3,85	1,08
28.Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.	5,2	9,7	20,6	19,7	44,8	3,89	1,22
29.Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.	6,8	8,7	20,6	25,8	38,1	3,80	1,23

Tablo 11’de USB alanında çalışanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri sunulmuştur. Çalışanların görüşleri faktör analizleri sonucu ulaşılan 7 faktöre ve altında toplanan 26 maddeye ilişkin katılım yüzdeleri ve ortalama puanlar açısından değerlendirilmiştir.

USB alanında yaşanan sorunları tanımlayan bu 7 boyuttan “Kurumsal bakımın yeterliliği” ve “Hizmet alanların kararlara katılımı & memnuniyet” boyutlarında yer alan ifadeler diğer 5 boyut altında yer alan ifadelerden farklı biçimde olumlu olarak yapılandırıldığı

için bu boyutların ve altındaki maddelerin ortalama puanının 5'e doğru yaklaşması yaşanan sorunların azaldığına, yani olumlu duruma işaret ederken, ortalama puanların 1'e doğru yaklaşması ise sorunların arttığına, yani olumsuz duruma işaret etmektedir. Diğer 5 boyut açısından ise tam tersi geçerli olup boyutların ve altındaki maddelerin ortalama puanının 5'e doğru yaklaşması sorunun arttığına, yani olumsuz duruma işaret ederken, ortalama puanın 1'e doğru yaklaşması ise sorunun azaldığına, yani olumlu duruma işaret etmektedir.

Tablodan görüldüğü üzere USB alanında çalışanların "Türkiye'de USB hizmetlerinde kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği" boyutunda yer alan iki ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,87 ($\pm 1,23$) olup, kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili ifadelerle orta düzeyin altında bir katılım göstermişlerdir. Bu boyut altında yer alan "Türkiye'de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir." şeklindeki 1. ifadeye USB hizmetlerinde çalışanların %34,5'i çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtirken, "Türkiye'de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır." şeklindeki 2. ifadeye kuruluş çalışanlarının %30,3'ü çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir.

USB alanında çalışanlarının "USB hizmetlerine erişim" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin altı ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,37 ($\pm 0,81$) puandır. Buna göre çalışanlar erişim boyutu ile ilgili sorunlara orta düzeyin altında bir katılım göstermişlerdir. Kuruluş çalışanlarının erişim boyutu altında yer alan altı ifadeye verdikleri cevaplar yakından incelendiğinde; özellikle "Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır." şeklindeki 8. ifadeye çalışanların sadece %8,4'ünün çoğunlukla ve tamamen katıldıkları, buna karşın "Türkiye'de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir." şeklindeki 9. ifadeye ise %27,1'inin çoğunlukla ve tamamen katıldıkları tespit edilmiştir.

Türkiye'de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ilişkin "Kurumsal bakımın yükü" boyutundaki üç ifadeye, kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 2 ($\pm 1,10$) puandır. Yani, kuruluş çalışanları kurumsal bakımın yükü ile ilgili sorunlara biraz

düzeyinde bir katılım göstermişlerdir. Bu boyut altında yer alan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 2,07 ($\pm 1,28$) puan ile “Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.” şeklindeki 12. ifadedir. Bu ifade kurumsal bakımın yükü boyutu altındaki en yüksek ortalamaya sahip ifade olmasına rağmen kuruluş çalışanlarının %47,7’si hiç katılmamakta, %15,5’i çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır. Kurumsal bakımın yükü boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili ifadelerden en düşük ortalamaya sahip ifade ise 1,95 ($\pm 1,16$) puan ile “Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.” şeklindeki 10. ifadedir. Bu ifadeye kuruluş çalışanlarının %49’u hiç katılmamakta ve %11,3’ü çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır.

USB hizmetlerinde çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin dört ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,23 (± 1) puan olup kuruluş çalışanları uzmanlaşmış bakım hizmetleri ile ilgili sorunlara orta düzeyin altında bir katılım göstermişlerdir. Bu boyut altındaki ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifadeler 2,29 ($\pm 1,27$) puan ile 14. ifade ve yine 2,29 ($\pm 1,35$) puan ile 16. ifadedir. “Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demansa özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.” şeklindeki 14. ifadeye kuruluş çalışanlarının %36,1’i hiç katılmıyorum derken, %15,9’u çoğunlukla ve tamamen katıldıkları cevabını vermişlerdir. “Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.” şeklindeki 16. ifadeye ise kuruluş çalışanlarının %39’u hiç katılmadığını, %18,7’si ise çoğunlukla ve tamamen katıldığını belirtmiştir. Uzmanlaşmış bakım hizmetleri boyutunda yer alan 17. ifade ise 2,08 ($\pm 1,31$) puan ile bu boyut altındaki en düşük ortalamaya sahip, dolayısıyla en az sorunun yaşandığı ifadedir. Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılmasının bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilediği ile ilgili olan bu ifadeye kuruluş çalışanlarının %48,4’ü hiç katılmamakta, buna karşın %14,6’sı çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır.

Türkiye’de USB alanında yaşanan sorunlar ile ilgili olarak “Standartlar ve iş doyumu” boyutu altında yer alan üç ifadeye kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 2,51 ($\pm 0,98$) puandır. Buna göre kuruluş çalışanlarının standartlar ve iş doyumu ile ilgili

ifadelere katılım düzeyi orta düzeyin altında kalmıştır. Bu boyut altında yer alan ve sadece çalışanlara sorulan 19, 20 ve 21. ifadelere verilen cevapların yüzdeleri benzer şekilde olup mesleki yeterliliklerle ilgili 19. ifade 2,55 ($\pm 1,25$) puan ile bu boyut altındaki en yüksek ortalamaya sahip ifadedir. Bu ifadeye kuruluş çalışanlarının %24,2'si hiç katılmıyorum, %19,4'ü çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir. Standartlar ve iş doyumunu boyutundaki ifadelerden en düşük ortalamaya sahip ifade yaşlılığın/engelliliğin ilerlemesi ve artmasının bakım verenin motivasyonunu düşürdüğü ile ilgili 21. ifade olup kuruluş çalışanlarının %31,6'i bu ifadeye hiç katılmıyorum, %22,9'u çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tabloda görüldüğü gibi USB çalışanlarının Türkiye'de USB alanında yaşanan sorunların ele alındığı bir diğer boyut olan "Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler" boyutunda yer alan altı ifadeye 2,62 ($\pm 0,89$) ortalama puan ile orta düzeyin altında katılmışlardır. Vardiyalı çalışmanın bakım elemanlarının işe bağlılığını azalttığı ile ilgili 22. ifade, 3,14 ($\pm 1,49$) puan ile bu boyut altındaki en yüksek ortalamaya sahip ifadedir ve kuruluş çalışanların %42,2'si bu ifadeye çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını, belirtmişlerdir. Bu boyut altında yer alan "USB hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir." şeklindeki 6. ifade 2,29 ($\pm 1,21$) puan ile USB çalışanlarının en az katıldıkları ifadedir. Bu ifadeye kuruluş çalışanlarının %35,5'i hiç katılmıyorum cevabını verirken %15,2'si çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

"Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet" boyutu, USB alanında yaşanan sorunlar içinde USB çalışanlarının 3,85 ($\pm 1,08$) ortalama puan ile en fazla katılım gösterdikleri ve dolayısıyla diğer boyutlara göre daha olumlu olarak değerlendirdikleri boyuttur. Başka bir deyişle "Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet" boyutu hizmet sunanlar açısından az en sorun yaşanan boyut olarak değerlendirilmiştir. Bu boyut altında yer alan iki ifadeden "Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır" şeklindeki 28. ifadeye çalışanların %64,5'u ve "Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır." şeklindeki 29. ifadeye %63,9'u çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Aşağıdaki Tablo 12, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerine ait tanımlayıcı bulguları göstermektedir.

Tablo 12. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu						2,41	1,07
1.Türkiye’de yaşlı ve engellilere yönelik kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir.	29,4	29,4	23,0	11,1	7,1	2,37	1,22
2.Türkiye’de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	31,0	25,4	20,6	15,1	7,9	2,44	1,29
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu						2,26	0,65
3.Büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresi bir yıldan uzun sürmektedir.	39,7	28,6	19,8	5,6	6,3	2,10	1,18
4.Yaşlılar yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalmaktadırlar.	28,6	22,2	35,7	8,7	4,8	2,39	1,13
5.Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretleri yüksek olduğu için yaşlılar bu merkezlerden yararlanamamaktadır.	49,2	17,5	22,2	6,3	4,8	2,00	1,19
7.Bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi değildirler.	32,5	30,2	23,8	9,5	4,0	2,22	1,12
8.Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.	41,3	33,3	18,3	4,0	3,2	1,94	1,02
9.Türkiye’de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.	23,0	19,0	23,8	13,5	20,6	2,90	1,44
Kurumsal Bakımın Yüku Boyutu						2,07	1,11
10.Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	47,6	19,0	19,0	7,1	7,1	2,07	1,27
11.Yakınlarına evde bakan aileler yeterince desteklenmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	47,6	16,7	15,9	9,5	10,3	2,18	1,39
12.Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	46,8	22,2	23,0	3,2	4,8	1,97	1,12
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu						2,03	0,85
14.Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demansa özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.	50,0	30,2	16,7	2,4	0,8	1,74	0,88
15.Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.	36,5	19,0	28,6	12,7	3,2	2,27	1,18
16.Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.	38,1	27,0	19,0	8,7	7,1	2,20	1,24
17.Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılması, bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilemektedir.	47,6	27,0	12,7	10,3	2,4	1,93	1,11

Tablo 12. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular - Devamı

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu						2,79	0,44
6.USB hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.	34,9	18,3	38,1	6,3	2,4	2,23	1,07
23.Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.	5,6	11,9	47,6	12,7	22,2	3,34	1,12
24.USB merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.	8,7	10,3	25,4	22,2	33,3	3,61	1,28
25.Yaşlı ve engellilere ihtiyaç duydukları kurumsal bakımın sağlanmaması yakınlarının bakım yükünün artmasına neden olmaktadır.	28,6	27,8	19,8	11,1	12,7	2,52	1,35
27.Yabancı uyruklu bakıcılar profesyonel ve güvenli hizmet sunmamaktadır.	36,5	23,0	23,0	11,9	5,6	2,27	1,23
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet Boyutu						3,57	1,18
28.Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.	10,3	10,3	27,0	19,0	33,3	3,55	1,32
29.Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.	11,1	7,1	23,8	27,0	31,0	3,60	1,30

Tablo 12’de yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri sunulmuştur. USB çalışanlarına uygulanan ankette yer alan “Standartlar ve İş Doyumu” boyutu ile ilgili ifadeleri hizmet alanların değerlendirmeleri uygun olmadığı için bu boyut altında yer alan ifadelere hizmet alanların anketinde yer verilmemiştir. Bu nedenle Tablo 12’de, Tablo 11’den farklı olarak hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlarla ilgili görüşleri “Standartlar ve İş Doyumu” boyutu dışındaki 6 boyut açısından incelenmiştir.

Tablo 12’ye göre “Kurumsal bakımın yeterliliği” boyutunda yer alan ifadelere yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların verdikleri cevapların ortalaması 2,41 ($\pm 1,07$) puandır. Türkiye’de yatılı kurumsal bakım hizmetlerinin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olduğuna ilişkin 2. ifadeye hizmet alanların %31’i hiç katılmamakla birlikte %23’ü çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır. Türkiye’de yatılı kurumsal bakımın yeterli olduğuna ilişkin 1. ifadeye ise yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların %29,4’ü hiç katılmadığını ve %18,2’si ise çoğunlukla ve tamamen katıldığını söylemiştir.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlarla ilgili altı ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,26 ($\pm 0,65$) puan olup, buna göre hizmet alanlar “USB hizmetlerine erişim” ile ilgili sorunlara orta düzeyin altında ve hizmet sunanlara göre daha düşük bir katılım göstermişlerdir. Hizmet alanların bu boyutta yer alan ifadelerden en çok katıldıkları ifade “Türkiye’de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.” şeklindeki 9. ifade olup, %34,1’i Türkiye’de bakım hizmetleri ile ilgili kayıt sisteminin yeterli olmadığı ile ilgili olan bu ifadeye çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır. Buna karşın, “Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.” şeklindeki 8. ifade ise hizmet sunanlarda olduğu gibi hizmet alanlar açısından da en az katılım gösterilen, dolayısıyla en az sorun olarak görülen ifade olmuştur. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların %41,3’ü bu ifadeye hiç katılmamakta iken sadece %7,2’si çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yer alan sorunlara ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde; bu boyut altında yer alan üç ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,07 ($\pm 1,11$) puan ile biraz katılıyorum düzeyine çok yakındır. Bu boyutta yer alan ifadelerden “Yakınlarına evde bakan aileler yeterince desteklenmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.” şeklindeki 11. ifadeye hizmet alanların %47,6’sı hiç katılmazken, %19,8’i çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır. Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı bakım yükünün arttığı yönündeki 12. ifade ise hizmet alanların kurumsal bakımın yükü boyutundaki en düşük katılım gösterdiği ifadedir. Bu ifadeye yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların %46,8’i hiç katılmadıkları cevabını verirken %8’i çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 12’de görüldüğü gibi yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yer alan dört ifadeye verdikleri cevapların ortalaması 2,03 ($\pm 0,85$) puandır. Buna göre hizmet alanların bu boyuttaki sorunlara katılım düzeyi biraz katılıyorum düzeyine çok yakındır. Hizmet alanların bu boyutta yer alan sorunlara en çok katılım gösterdikleri ifade “Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.” şeklindeki 15. ifade olup

sadece %15,9 çoğunlukla ve tamamen katıldığını belirtmiştir. Buna karşın “Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demansa özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.” şeklindeki 14. İfadeye hizmet alanların %50’si hiç katılmazken, sadece %3,2’si çoğunlukla ve tamamen katıldığını belirtmiştir.

Hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin verdikleri cevapların ortalaması 2,79 ($\pm 0,44$) puandır. Bu boyut altındaki 5 ifade arasında “USB merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır” şeklindeki 24. ifadeye kuruluş çalışanlarının %22,2’si çoğunlukla ve tamamen katılırken, hizmet alanların %55,5’i çoğunlukla ve tamamen katıldığını belirtmiştir. Bu ifadeye kuruluş çalışanlarının %dan farklı olarak Bunu “Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.” şeklindeki 23. ifadeye olan katılım düzeyi izlemiş olup hizmet alanların %34,9’u bu ifadeye çoğunlukla ve tamamen katıldığı cevabını vermiştir. Diğer yandan “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutu altındaki “USB hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir” şeklindeki 6. ifadeye yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların %34,9’u hiç katılmadığını belirtirken, sadece %8,7’si çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmiştir.

“Hizmet alanların karara katılımı/memnuniyet” boyutunda yer alan iki ifadeye yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların verdikleri cevapların ortalaması 3,57 ($\pm 1,18$) puandır. Hizmet alanların bu boyut ile ilgili değerlendirmesi kuruluş çalışanlarında olduğu gibi diğer boyutlara göre çok daha olumludur. Bu boyutta yer alan “Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.” şeklindeki 28. ifade ile “Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.” şeklindeki 29. ifadeye hizmet alanların %50’den fazlası çoğunlukla ve tamamen katıldığını ifade etmiştir.

5.2.2. Katılımcıların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşleri

USB alanında çalışan personelin USB hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyleri Tablo 13'te yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin görüşleri Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 13. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu						4,47	0,80
1.Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	4,2	3,9	10,0	12,9	69,0	4,39	1,08
2.Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	2,9	5,2	9,0	15,8	67,1	4,39	1,04
3.Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.	1,0	2,9	10,3	9,7	76,1	4,57	0,86
4.USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.	0,6	1,9	12,3	14,2	71,0	4,53	0,83
6.Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	1,0	2,6	11,9	16,8	67,7	4,48	0,87
7.Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, GYA'ni yapabilmek düzeylerine göre belirlenmelidir.	1,3	3,2	13,2	14,5	67,7	4,44	0,93
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu						4,41	0,79
5.Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	1,6	1,9	11,0	13,9	71,6	4,52	0,88
8.Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.	2,9	3,5	12,9	15,8	64,8	4,36	1,03
9.Yaşlı ve engellilerin ihtiyaç değerlendirme, sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kayıtları bilgisayar üzerinden ulaşılabilir olmalıdır.	1,6	3,2	11,9	17,1	66,1	4,43	0,93
18.Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.	2,3	5,8	13,2	16,5	62,3	4,31	1,05
23.Bakım verenlere hizmet alanlarla iletişim becerileri geliştirme ve hizmet sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede danışmanlık hizmetleri verilmelidir.	2,6	1,3	12,3	18,4	65,5	4,43	0,94

Tablo 13. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular – Devamı

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Evde Bakım Hizmetleri Boyutu						4,03	1,00
10.Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.	8,1	7,7	19,0	17,4	47,7	3,89	1,30
11.Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.	4,5	2,9	17,1	22,3	53,2	4,17	1,10
Kurumsal Bakımın Yüku Boyutu						4,30	0,77
12.Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.	3,9	8,4	15,2	20,0	52,6	4,09	1,17
13.Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	1,9	3,5	13,9	21,3	59,4	4,33	0,97
14.Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalı ve öz bakım hizmetleri, rehberlik, yönlendirme hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri bu merkezlerde sunulmalıdır.	3,5	1,6	16,5	14,2	64,2	4,34	1,04
15.Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.	1,3	2,3	12,3	22,9	61,3	4,41	0,88
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu						4,41	0,80
16.Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.	3,9	2,3	12,9	15,2	65,8	4,37	1,05
17.Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.	2,3	4,2	15,5	19,0	59,0	4,28	1,02
20.USB hizmetlerinde çalışacak personele kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.	2,3	1,3	15,5	15,8	65,2	4,40	0,95
21.Yaşlı ve engelli bakım alanında çalışan meslek derneklerinin kuruluşlarda çalışanlara yönelik eğitim, kariyer desteği gibi gönüllü faaliyetler yapmalarına imkân tanınmalıdır.	2,3	3,9	12,9	19,4	61,6	4,34	0,99
29.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.	4,5	2,3	9,0	11,6	72,6	4,45	1,05
30.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.	2,6	4,8	7,7	10,6	74,2	4,49	1,00
31.Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.	1,9	3,5	9,4	12,9	72,3	4,50	0,94

Tablo 13. USB Alanında Çalışanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular – Devamı

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu						4,30	0,78
19.USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında USB hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.	4,8	5,8	16,8	16,8	55,8	4,13	1,18
22.Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.	2,6	2,6	12,9	18,1	63,9	4,38	0,98
24.Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.	7,1	3,2	20,0	15,8	53,9	4,06	1,23
25.Yaşlı ve engelli yakınlarına bakım hizmeti konusunda gündüz yaşam merkezlerinde rehberlik hizmeti sunulmalıdır.	2,9	2,9	15,5	16,1	62,6	4,33	1,03
26.Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.	2,9	2,6	10,3	20,6	63,5	4,39	0,98
27.Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.	1,9	2,3	10,6	18,1	67,1	4,46	0,91
28.Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulmalıdır.	2,9	4,8	11,6	20,0	60,6	4,31	1,04
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet Boyutu						4,14	0,83
32.Yatılı kuruluşlarda oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	3,2	5,2	18,4	19,7	53,5	4,15	1,09
33.Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	5,5	7,7	20,3	20,0	46,5	3,94	1,21
34.Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir.	1,3	1,6	13,9	20,6	62,6	4,42	0,88
35.Yatılı kuruluşlarda bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.	6,8	8,4	23,5	14,2	47,1	3,86	1,28
36.Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir.	1,6	3,2	17,7	17,7	59,7	4,31	0,98

Tablo 13’e göre USB hizmeti sunan kuruluşlarda çalışanların USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere ait görüşleri incelendiğinde; sorun alanları ile ilgili değerlendirmelerinin aksine çözüm önerilerine genellikle çoğunlukla ve tamamen katılmıyorum arasında katılım gösterdikleri görülmektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yer alan altı öneriye kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 4,47 ($\pm 0,80$) puandır. Bu boyutta yer alan önerilerin tamamına kuruluş çalışanlarının %80’inden fazlası çoğunlukla ve tamamen katılmaktadır. Özellikle “Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden

yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.” şeklindeki 3. öneri ile “USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.” şeklindeki 2. öneriye hizmet sunan personelin %85’i çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir.

“USB hizmetlerine erişim” boyutunda yer alan çözüm önerilerine kuruluş çalışanlarının katılım düzeylerinin ortalaması 4,41 ($\pm 0,79$) puandır. Hizmet sunan personelin yaklaşık %80 ve üzeri bu boyut altındaki beş öneriye çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını söylemişlerdir. Bu öneriler arasında özellikle “Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.” şeklindeki 5. öneriye katılım çok daha fazla olup hizmet sunanların %85,5’i bu öneriye çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. Kaldı ki “Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.” şeklindeki 18. ifadeye bile hizmet sunanların yaklaşık %79’u çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını beyan etmişlerdir.

“Evde bakım hizmetleri” boyutunda yer alan çözüm önerilerine yönelik kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 4,03 (± 1) puandır. USB çalışanlarının bu boyuttaki iki öneriye katılım düzeyleri diğer boyutlardaki önerilere göre daha düşük olmakla birlikte yine de çoğunlukla katılıyorum düzeyinde bir katılım göstermişlerdir. Bu boyutta yer alan “Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.” şeklindeki 11. ifadeye %75,5’i, “Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.” şeklindeki 10. ifadeye %65,1’i çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

USB alanında çalışanlar “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik önerilere 4,30 ($\pm 0,77$) ortalama puan ile çoğunlukla katılıyorum düzeyinde bir katılım göstermişlerdir. Bu boyutta yer alan dört öneriden “Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.” şeklindeki 15. ifadeye hizmet sunanların

%84,2'si çoğunlukla ve tamamen katılıyorum derken, en düşük katılım gösterdikleri öneri ise “Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.” şeklindeki 12. ifade olmuştur. Hizmet sunanların %72,6'sı bu öneriye çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır.

“Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yer alan çözüm önerilerine kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 4,41 ($\pm 0,80$) puandır. Bu boyut altında yer alan yedi ifadeye yaklaşık %80 ve üzeri çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir. Özellikle “Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.” şeklindeki 31. ifade ile “Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.” şeklindeki 30. ifade ve “Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.” şeklindeki 29. ifadeye yaklaşık %85'i çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. En düşük katılım gösterilen “Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.” şeklindeki 20. ifadeye bile USB çalışanlarının %78'i çoğunlukla ve tamamen katılım göstermişlerdir.

“Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yer alan çözüm önerilerine kuruluş çalışanlarının verdikleri cevapların ortalaması 4,30 ($\pm 0,78$) puandır. Bu boyut altında yer alan yedi ifadeden “Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.” şeklindeki 27. ifadeye USB çalışanlarının %85,2'si ve “Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.” şeklindeki 26. ifadeye %84,1'i çoğunlukla ve tamamen katılıyorum derken, bu boyut altındaki “Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.” şeklindeki 24. ifadeye %69,7'si ve “USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında USB hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.” şeklindeki 19. ifadeye %72,6'sı çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

USB çalışanlarının “Hizmet alanların kararlara katılımı ve memnuniyeti” boyutunda yer alan çözüm önerilerine verdikleri cevapların ortalaması 4,14 ($\pm 0,83$) puandır. Çalışanlar bu boyuttaki önerilere nispeten daha az katılmakla birlikte, beş öneri arasında en çok atıldıkları öneri “Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir.” şeklindeki 34. ifade olmuş ve bu öneriye %83,2’si çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını bildirmiştir. Buna karşın, “Yatılı kuruluşlarda bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.” şeklindeki 35. ifadeye USB çalışanlarının %61,3’ü ve “Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.” şeklindeki 33. ifadeye %66,5’i çoğunlukla ve tamamen katılıyorum demişlerdir.

Aşağıdaki Tablo 14, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunların çözümüne yönelik önerilere ilişkin görüşlerini göstermektedir.

Tablo 14. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu						4,71	0,55
1. Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	0,8	0	7,9	11,9	79,4	4,69	0,69
2. Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	0	1,6	7,1	12,7	78,6	4,68	0,68
3. Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.	0	0	7,9	8,7	83,3	4,75	0,59
4. USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.	0	0,8	7,9	13,5	77,8	4,68	0,65
6. Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	0,8	1,6	4,8	15,1	77,8	4,67	0,71
7. Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, GYA'ni yapabilmek düzeylerine göre belirlenmelidir.	0	0,8	4,8	13,5	81,0	4,75	0,58
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu						4,60	0,59
5. Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	0	0,8	4,8	16,7	77,8	4,71	0,59
8. Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.	0	0,8	7,9	16,7	74,6	4,65	0,66
9. Yaşlı ve engellilerin ihtiyaç değerlendirme, sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kayıtları bilgisayar üzerinden ulaşılabilir olmalıdır.	1,6	2,4	7,1	19,0	69,8	4,53	0,85
18. Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.	0	1,6	11,9	17,5	69,0	4,54	0,77
23. Bakım verenlere hizmet alanlarla iletişim becerileri geliştirme ve hizmet sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede danışmanlık hizmetleri verilmelidir.	0	0,8	11,1	17,5	70,6	4,58	0,72
Evde Bakım Hizmetleri Boyutu						4,05	0,92
10. Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.	4,0	11,9	15,1	29,4	39,7	3,89	1,17
11. Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.	1,6	2,4	15,9	34,1	46,0	4,21	0,91
Kurumsal Bakımın Yüğü Boyutu						4,40	0,70
12. Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım ağı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.	2,4	2,4	7,9	34,9	52,4	4,33	0,90
13. Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	0	3,2	5,6	28,6	62,7	4,51	0,75
14. Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalı ve öz bakım hizmetleri, rehberlik, yönlendirme hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri bu merkezlerde sunulmalıdır.	3,2	2,4	5,6	33,3	55,6	4,36	0,93
15. Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.	0,8	3,2	8,7	28,6	58,7	4,41	0,84

Tablo 14. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular – Devamı

İfadeler	Hiç Katılmıyorum (%)	Biraz Katılmıyorum (%)	Orta Derecede Katılmıyorum (%)	Çoğunlukla Katılmıyorum (%)	Tamamen Katılmıyorum (%)	Ort.	Ss.
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu						4,57	0,57
16.Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.	1,6	4,0	14,3	16,7	63,5	4,37	0,98
17.Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.	0	1,6	13,5	15,1	69,8	4,53	0,79
20.USB hizmetlerinde çalışacak personele kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik hizmet için eğitimler verilmelidir.	0	0,8	12,7	15,9	70,6	4,56	0,74
21.Yaşlı ve engelli bakım alanında çalışan meslek derneklerinin kuruluştaki çalışanlara yönelik eğitim, kariyer desteği gibi gönüllü faaliyetler yapmalarına imkân tanınmalıdır.	0	0,8	11,9	19,0	68,3	4,55	0,73
29.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.	0	1,6	7,9	19,8	70,6	4,60	0,71
30.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.	0	0,8	7,9	14,3	77,0	4,67	0,66
31.Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.	0	1,6	5,6	14,3	78,6	4,70	0,65
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu						4,47	0,58
19.USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluştaki staj yapma zorunluluğu olmalıdır.	0	4,0	12,7	15,9	67,5	4,47	0,86
22.Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.	0	0,0	11,9	15,9	72,2	4,60	0,69
24.Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.	0,8	2,4	17,5	11,9	67,5	4,43	0,92
25.Yaşlı ve engelli yakınlarına bakım hizmeti konusunda gündüz yaşam merkezlerinde rehberlik hizmeti sunulmalıdır.	0	0,8	14,3	22,2	62,7	4,47	0,77
26.Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.	0	2,4	8,7	27,0	61,9	4,48	0,76
27.Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.	0,8	4,0	7,9	22,2	65,1	4,47	0,86
28.Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulmalıdır.	0	4,8	10,3	31,7	53,2	4,33	0,85
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet Boyutu						4,65	0,66
32.Yatılı kuruluştaki oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	0,8	0,8	6,3	16,7	75,4	4,65	0,71
33.Yatılı kuruluştaki yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	0,8	1,6	4,0	19,0	74,6	4,65	0,71
34.Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir.	0,8	0	8,7	11,9	78,6	4,67	0,70
35.Yatılı kuruluştaki bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.	1,6	3,2	4,8	14,3	76,2	4,60	0,85
36.Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir.	0,8	3,2	4,0	12,7	79,4	4,67	0,77

Tablo 14'e göre yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere ait görüşleri incelendiğinde; yedi boyut altındaki 36 öneriye verilen cevapların ortalamalarının 4 puan üzerinde olduğu görülmektedir. Özellikle "Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği" boyutunda yer alan önerilere hizmet alanların katılım düzeylerinin 4,71 ($\pm 0,55$) ortalama puan ile çok daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu boyutta yer alan altı önerinin tümüne USB hizmeti alanların %90'ından daha fazlası çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir. Özellikle "Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, GYA'ni yapabilme düzeylerine göre belirlenmelidir." şeklindeki 7. ifadeye %94,5'i çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişler ve bunu %92,9'unun "Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır." şeklindeki 6. ifadeye, %92'sinin "Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır." şeklindeki 3. ifadeye ve %91,3'ünün ise "Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır." şeklindeki 1. ifade, "Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır." şeklindeki 2. ifade ve "USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir." şeklindeki 4. ifadeye verdikleri çoğunlukla ve tamamen katılıyorum yanıtları izlemiştir.

Hizmet alanların "USB hizmetlerine erişim" boyutunda yer alan çözüm önerilerine verdikleri cevapların ortalaması 4,60 ($\pm 0,59$) puandır. Bu boyut altındaki beş öneri arasında özellikle "Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır." şeklindeki 5. ifadeye %94,5'i, "Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir." şeklindeki 8. ifadeye çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. En düşük katılım gösterdikleri "Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir." şeklindeki 18. ifadeye bile hizmet alanların %86,5'i çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yer alan çözüm önerilerine katılım düzeyi ise 4,05 ($\pm 0,92$) ortalama puan olmakla birlikte diğer boyutlara göre nispeten daha düşük düzeydedir. Bu bölümde yer alan iki öneriden “Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.” şeklindeki 11. ifadeye %80,1’i, “Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.” şeklindeki 10. öneriye ise %69,1’i çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

“Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin ifadelere hizmet alanların verdikleri cevapların ortalaması 4,40 ($\pm 0,70$) puandır. Bu boyutta yer alan dört öneri arasında “Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.” şeklindeki 13. ifadeye %91,3’ü çoğunlukla ve tamamen katılırken, en düşük katılım gösterdikleri “Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.” şeklindeki 12. ifade ile “Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.” şeklindeki 15. ifadeye bile %87,3’ü çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir.

Hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yer alan çözüm önerilerine verdikleri cevapların ortalaması 4,57 ($\pm 0,57$) puandır. Bu boyut altında yer alan yedi öneriden “Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.” şeklindeki 31. ifadeye %92,9’u, “Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.” şeklindeki 30. ifadeye %91,3’ü ve “Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.” şeklindeki 29. ifadeye %90,4’ü çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını söylemişlerdir. Diğer yandan “Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.” şeklindeki 16. ifade ise hizmet alanların en az katılım gösterdikleri öneri olmasına karşın, %80,2’si bu öneriye çoğunlukla ve tamamen katılım göstermişlerdir.

“Hizmetin Sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yer alan çözüm önerilere hizmet alanlar 4,47 ($\pm 0,58$) ortalama puan ile katılım göstermişlerdir. Bu boyut altında yer alan yedi öneriye hizmet alanların %80’inden fazlası çoğunlukla ve tamamen katılıyorum yanıtını vermişlerdir. Özellikle, “Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.” şeklindeki 26. ifadeye %88,9’u ve “Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.” şeklindeki 22. öneriye %88,1’i çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. Bu boyut altında en az katılım sağlanan “USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.” şeklindeki 19. öneriye bile hizmet alanların %83,4’ü çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir.

Son olarak Tablo 14’te, “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yer alan çözüm önerilerine yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların 4,65 ($\pm 0,66$) ortalama puan ile oldukça yüksek düzeyde bir katılım gösterdikleri görülmektedir. Bu boyuttaki beş öneriye de hizmet alanların %90’ından fazlası çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını söylemişlerdir. En fazla katıldıkları öneri ise “Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.” şeklindeki 33. ifade olup %93,6’sı bu öneriye çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bunu %92,1 ile “Yatılı kuruluşlarda oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.” şeklindeki 32. öneri ile “Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir.” şeklindeki 36. öneri izlemiştir.

5.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında geliştirilen hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırma hipotezlerini test etmek için t testi ve çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. Çoklu regresyon analizlerinden önce ise çoklu bağlantı sorununa neden olmamak için bağımsız değişkenler arası korelasyonlar incelenmiştir.

Hipotez 1: USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB hizmetlerinin a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, f) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunlar konusundaki görüşleri farklılık göstermektedir.

Tablo 15. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

İfadeler	Çalışanlar		Hizmet Alanlar		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu	2,87	1,23	2,41	1,07	3,923	<0,001
1.Türkiye’de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir.	2,91	1,32	2,37	1,22	3,941	<0,001
2.Türkiye’de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	2,83	1,33	2,44	1,29	2,793	0,005
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu	2,37	0,81	2,26	0,65	1,044	0,298
3.Büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresi bir yıldan uzun sürmektedir.	2,32	1,21	2,10	1,18	1,727	0,085
4.Yaşlılar yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalmaktadırlar.	2,52	1,26	2,39	1,13	1,035	0,301
5.Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretleri yüksek olduğu için yaşlılar bu merkezlerden yararlanamamaktadır.	2,33	1,36	2,00	1,19	2,511	0,013
7.Bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi değildirler.	2,28	1,28	2,22	1,12	0,446	0,656
8.Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.	1,87	1,07	1,94	1,02	-0,656	0,512
9.Türkiye’de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.	2,70	1,35	2,90	1,44	-1,378	0,169
Kurumsal Bakımın Yüğü Boyutu	2,00	1,10	2,07	1,11	-0,666	0,506
10.Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	1,95	1,16	2,07	1,27	-0,923	0,356
11.Yakınlarına evde bakan aileler yeterince desteklenmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	1,96	1,22	2,18	1,39	-1,540	0,125
12.Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	2,07	1,28	1,97	1,12	0,787	0,432

Tablo 15. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması - Devamı

İfadeler	Çalışanlar		Hizmet Alanlar		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu	2,23	1,00	2,03	0,85	1,943	0,053
14.Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demansa özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.	2,29	1,27	1,74	0,88	5,182	<0,001
15.Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.	2,25	1,28	2,27	1,18	-0,114	0,910
16.Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.	2,29	1,35	2,20	1,24	0,683	0,495
17.Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılması, bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilemektedir.	2,08	1,31	1,93	1,11	1,229	0,220
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu	2,62	0,89	2,79	0,44	-2,716	0,007
6.USB hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.	2,29	1,21	2,23	1,07	0,513	0,608
23.Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.	2,84	1,41	3,34	1,12	-3,583	<0,001
24.USB merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.	2,45	1,39	3,61	1,28	-8,093	<0,001
25.Yaşlı ve engellilere ihtiyaç duydukları kurumsal bakımın sağlanmaması yakınlarının bakım yükünün artmasına neden olmaktadır.	2,42	1,41	2,52	1,35	-0,656	0,512
27.Yabancı uyruklu bakıcılar profesyonel ve güvenli hizmet sunmamaktadır.	2,59	1,48	2,27	1,23	-1,378	0,169
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet	3,85	1,08	3,57	1,18	2,335	0,020
28.Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.	3,89	1,22	3,55	1,32	2,611	0,009
29.Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.	3,80	1,23	3,60	1,30	1,528	0,127

Tablo 15, USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerinin karşılaştırmasını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” ($t=3,923$; $p<0,001$) boyutu, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ($t=-2,716$; $p=0,007$) ve “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” ($t=2,335$; $p=0,020$) boyutları ile ilgili ifadelerle USB alanında çalışanların katılım düzeyleri ile yatılı bakım merkezlerinden hizmet

alanların katılım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği boyutu ile ilgili ifadelere USB alanında çalışanların katılım düzeyleri (ort.: 2,87), yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların katılım düzeylerinden (ort.:2,41) daha yüksek olup buna göre hizmet sunanlar hizmet alanlara göre kurumsal bakımı daha yeterli görmektedir. Hizmet sunum sürecinde yer alan personel ile hizmet alanların kurumsal bakımın yeterliliği boyutu ile ilgili görüşlerine daha yakından bakıldığında; hizmet sunanların hizmet alanlara göre bu boyut altında yer alan her iki ifadeye de daha fazla katılım gösterdikleri dikkat çekmektedir. Yani, hem “Türkiye’de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir” şeklindeki 1. ifadeye hizmet sunanlar (Ort.: 2,91) hizmet alanlara (Ort.: 2,37) göre hem de “Türkiye’de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.” şeklindeki 2. ifadeye hizmet sunanlar (Ort.: 2,83) hizmet alanlara (Ort.: 2,44) göre çok daha olumlu yaklaşmışlardır.

Ancak, USB hizmetlerinin “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutu ile ilgili sorunlara USB alanında çalışanların katılım düzeyinin (Ort.: 2,62), hizmet alanlardan (Ort.: 2,79) daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre hizmet alanlar hizmet sunanlara göre “Hizmetlerin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutu ile ilgili daha olumsuz bir görüşe sahiptir. Özellikle bu boyut altındaki yaşanan sorunlarla ilgili 23. ve 24. ifadelere de benzer durum söz konusudur. “USB merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.” şeklindeki 24. ifadeye hizmet alanların katılım düzeyi (Ort.: 3,61) hizmet sunanlardan (Ort.: 2,45) çok daha yüksek ve dolayısıyla daha olumsuzdur. Benzer şekilde “Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.” şeklindeki 23. ifadeye de hizmet alanların (Ort.: 3,34) katılım düzeyi hizmet alanlardan (Ort.: 2,84) çok daha yüksek ve dolayısıyla olumsuz olarak gerçekleşmiştir.

Hizmet sunan ve alan tarafların USB hizmetlerinde “Kararlara katılım ve memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili ifadelere katılım düzeyleri incelendiğinde ise, USB

alanında çalışanların bu ifadelerle katılım düzeyinin (Ort.: 3,85), hizmet alanların katılım düzeyinden (Ort.: 3,57) daha yüksek olduğu, dolayısıyla hizmet sunanların bu boyut ile ilgili değerlendirmelerinin hizmet alanlara göre daha olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim, bu boyut altındaki “Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.” şeklindeki 28. ifadeye hizmet sunanların katılımı (Ort.: 3,89) hizmet alanlardan (Ort.: 3,55) çok daha yüksek ve olumsuz bulunmuştur.

Buna karşın, USB çalışanları ile hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” ($t=1,044$; $p=0,298$), “Kurumsal bakımın yükü” ($t=-0,666$; $p=0,506$) ve “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” ($t=1,943$; $p=0,053$) boyutlarında yaşanan sorunlara katılım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgulara göre Hipotez 1a, Hipotez 1e ve Hipotez 1f kabul edilirken; Hipotez 1b, Hipotez 1c ve Hipotez 1d ret edilmiştir.

Hipotez 2: USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB hizmetlerinin a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği*, b) *USB hizmetlerine erişim*, c) *kurumsal bakımın yükü*, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri*, e) *evde bakım hizmetleri*, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler*, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunların çözümü konusundaki görüşleri farklılık göstermektedir.

Tablo 16. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

İfadeler	Çalışanlar		Hizmet Alanlar		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği Boyutu	4,47	0,80	4,71	0,55	-3,658	<0,001
1.Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	4,39	1,08	4,69	0,69	-3,495	0,001
2.Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	4,39	1,04	4,68	0,68	-3,462	0,001
3.Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.	4,57	0,86	4,75	0,59	-2,549	0,011
4.USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.	4,53	0,83	4,68	0,65	-2,049	0,041
6.Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	4,48	0,87	4,67	0,71	-2,446	0,015
7.Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, GYA'ni yapabilme düzeylerine göre belirlenmelidir.	4,44	0,93	4,75	0,58	-4,123	<0,001
USB Hizmetlerine Erişim Boyutu	4,41	0,79	4,60	0,59	-2,832	0,005
5.Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	4,52	0,88	4,71	0,59	-2,679	0,008
8.Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.	4,36	1,03	4,65	0,66	-3,493	0,001
9.Yaşlı ve engellilerin ihtiyaç değerlendirme, sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kayıtları bilgisayar üzerinden ulaşılabilir olmalıdır.	4,43	0,93	4,53	0,85	-1,066	0,287
18.Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.	4,31	1,05	4,54	0,77	-2,575	0,010
23.Bakım verenlere hizmet alanlarla iletişim becerileri geliştirme ve hizmet sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede danışmanlık hizmetleri verilmelidir.	4,43	0,94	4,58	0,72	-1,804	0,072
Evde Bakım Hizmetleri Boyutu	4,03	1,00	4,05	0,92	-0,180	0,857
10.Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.	3,89	1,30	3,89	1,17	0,011	0,991
11.Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.	4,17	1,10	4,21	0,91	-0,379	0,705
Kurumsal Bakımın Yüğü Boyutu	4,30	0,77	4,40	0,70	-1,390	0,165
12.Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.	4,09	1,17	4,33	0,90	-2,226	0,025
13.Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	4,33	0,97	4,51	0,75	-2,108	0,036
14.Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalı ve öz bakım hizmetleri, rehberlik, yönlendirme hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri bu merkezlerde sunulmalıdır.	4,34	1,04	4,36	0,93	-0,181	0,857
15.Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.	4,41	0,88	4,41	0,84	-0,068	0,946

Tablo 16. USB Alanında Çalışanların ve Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Alanında Yaşanan Sorunların Çözümüne İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması - Devamı

İfadeler	Çalışanlar		Hizmet Alanlar		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri Boyutu	4,41	0,80	4,57	0,57	-2,387	0,018
16.Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.	4,37	1,05	4,37	0,98	0,025	0,980
17.Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.	4,28	1,02	4,53	0,79	-2,727	0,007
20.USB hizmetlerinde çalışacak personele kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.	4,40	0,95	4,56	0,74	-1,877	0,061
21.Yaşlı ve engelli bakım alanında çalışan meslek derneklerinin kuruluşlarda çalışanlara yönelik eğitim, kariyer desteği gibi gönüllü faaliyetler yapmalarına imkân tanınmalıdır.	4,34	0,99	4,55	0,73	-2,381	0,018
29.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.	4,45	1,05	4,60	0,71	-1,617	0,107
30.Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.	4,49	1,00	4,67	0,66	-2,258	0,025
31.Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.	4,50	0,94	4,70	0,65	-2,522	0,012
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler Boyutu	4,30	0,78	4,47	0,58	-2,520	0,012
19.USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında USB hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.	4,13	1,18	4,47	0,86	-3,326	0,001
22.Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.	4,38	0,98	4,60	0,69	-2,675	0,008
24.Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.	4,06	1,23	4,43	0,92	-3,422	0,001
25.Yaşlı ve engelli yakınlarına bakım hizmeti konusunda gündüz yaşam merkezlerinde rehberlik hizmeti sunulmalıdır.	4,33	1,03	4,47	0,77	-1,589	0,114
26.Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.	4,39	0,98	4,48	0,76	-1,039	0,300
27.Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.	4,46	0,91	4,47	0,86	-0,073	0,942
28.Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulmalıdır.	4,31	1,04	4,33	0,85	-0,280	0,780
Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet	4,14	0,83	4,65	0,66	-6,811	<0,001
32.Yatılı kuruluşlarda oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	4,15	1,09	4,65	0,71	-5,638	<0,001
33.Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	3,94	1,21	4,65	0,71	-7,588	<0,001
34.Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir.	4,42	0,88	4,67	0,70	-3,228	0,001
35.Yatılı kuruluşlarda bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.	3,86	1,28	4,60	0,85	-7,040	<0,001
36.Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir.	4,31	0,98	4,67	0,77	-4,082	<0,001

Tablo 16, USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin görüşlerinin karşılaştırmasını göstermektedir. Buna göre, USB alanında çalışanlar ile yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yeterliliği” ($t=-3,658$; $p<0,001$), “USB hizmetlerine erişim” ($t=-2,832$; $p=0,005$), “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” ($t=-2,387$; $p=0,018$), “Birincil bakım verenler” ($t=-2,520$; $p=0,012$) ve “Hizmet Alanların kararlara katılımı/memnuniyet” ($t=-6,811$; $p=0,018$) boyutları ile ilgili önerilere katılım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur.

USB hizmetlerinde “Kurumsal bakımın yeterliliği” boyutuna ilişkin önerilere USB çalışanlarının katılım düzeyleri (Ort.: 4,47), hizmet alanların katılım düzeyinden (Ort.:4,71) daha düşüktür. Kurumsal bakımın yeterliliği boyutunda yer alan 6 önerinin tamamında da benzer durum söz konusudur. Yani, hizmet alanlar kurumsal bakım yeterliliği konusunda yaşanan sorulara ilişkin çözüm önerilerini hizmet sunanlara göre daha fazla desteklemektedir. Özellikle bu boyut altında yer alan “Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, GYA’ni yapabilme düzeylerine göre belirlenmelidir.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,44) hizmet alanlara (Ort.: 4,75) göre, “Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort: 4,39) hizmet alanlara (Ort.: 4,69) göre ve “Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,39) hizmet alanlara (Ort.: 4,68) göre daha az katılım göstermişlerdir.

Benzer şekilde “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere USB alanında çalışanların katılım düzeyleri (Ort.: 4,46), yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların katılım düzeyinden (ort.:4,60) daha düşüktür. Özellikle, USB hizmetlerine erişim boyutunda yer alan 3 öneride de benzer durum geçerli olup, “Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,52) hizmet alanlara (Ort.: 4,60) göre, Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,36) hizmet alanlara (Ort.: 4,71) göre ve “Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık

seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,31) hizmet alanlara (Ort.: 4,54) göre daha az katılmışlardır.

Tabloda görüldüğü gibi USB hizmetlerinde “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere de USB alanında çalışanların katılım düzeyleri (Ort.: 4,41), yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların katılım düzeyinden (Ort.:4,57) daha düşüktür. Uzmanlaşmış bakım hizmetleri boyutunda yer alan 4 öneride de benzer durum söz konusudur. Bu öneriler arasında özellikle “Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır” önerisine yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlar (Ort.: 4,53) kuruluş çalışanlarına (Ort.: 4,28) göre daha çok katılmışlardır.

USB hizmetlerinde “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere de USB alanında çalışanların katılım düzeyleri (Ort.: 4,30), yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların katılım düzeyinden (Ort.:4,47) daha düşüktür. Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler boyutunda yer alan “USB hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında USB hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,13) hizmet alanlara (Ort.: 4,47) göre, “Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,38) hizmet alanlara (Ort.: 4,60) göre ve ”Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,06) hizmet alanlara (Ort.: 4,43) göre daha az katılmışlardır.

USB alanında çalışanlar ile yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların USB hizmetlerinde “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılımları incelendiğinde de hizmet sunanların önerilere katılım düzeyleri (Ort.: 4,14), hizmet alanların katılım düzeylerinden (Ort.:4,65) daha düşüktür. Bu boyut altında yer alan 5 önerinin tamamında da benzer durum söz konusudur. Nitekim, “Yatılı kuruluşlarda oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,15)

hizmet alanlardan (Ort.: 4,65), “Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 3,94) hizmet alanlardan (Ort.: 4,65), “Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,42) hizmet alanlardan (Ort.: 4,67), “Yatılı kuruluşlarda bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 3,86) hizmet alanlardan (Ort.: 4,60) ve “Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir” önerisine hizmet sunanlar (Ort.: 4,31) hizmet alanlardan (Ort.: 4,67) daha az katılmışlardır.

Buna karşın hizmet sunanlar ile alanların “Kurumsal bakımın yükü” ($t=-1,390$; $p=0,165$) ve “Evde bakım hizmetleri” ($t=-0,180$; $p=0,857$) boyutlarında yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerilerine katılım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgulara göre Hipotez 2a, Hipotez 2b, Hipotez 2d Hipotez 2f ve Hipotez 2g kabul edilirken; Hipotez 2c ve Hipotez 2e ret edilmiştir.

Hipotez 3 ve Hipotez 4 çoklu regresyon analizleri ile test edilmiştir. Çoklu regresyon analizlerinden önce regresyon modellerinde kullanılacak bağımsız değişkenleri belirleyebilmek ve değişkenler arası çoklu bağlantı sorununa neden olmamak için aşağıdaki Tablo 17’de görüldüğü gibi cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin arasındaki ilişki düzeyi incelenmiştir.

Tablo 17. Bağımsız Değişkenler Arası İlişki Katsayıları

	Yaş	Cinsiyet	Öğrenim Durumu	Meslek	Medeni Durum	Çocuk Sahibi Olma Durumu	Aylık Gelir
Yaş	1,00						
Cinsiyet	0,01	1,00					
Öğrenim Durumu	0,16**	0,17**	1,00				
Meslek	0,44**	0,08	0,3**	1,00			
Medeni Durum	0,01	-0,02	0,00	0,26**	1,00		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	0,58**	-0,05	-0,31**	0,04	-0,23**	1,00	
Aylık Gelir	0,11*	0,25**	0,51**	0,29**	-0,04	0,01	1,00

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tablo 17'ye göre yaş ve çocuk sahibi olma durumu ($r=0,58$) ile aylık gelir ve öğrenim durumu ($r=0,51$) orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmakta, diğer değişkenler arasında ise düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bağımsız değişkenler arası ilişki katsayılarına bakıldığında; değişkenler arası çoklu bağlantı sorununa neden olabilecek düzeyde bir ilişki olmadığı ($r<0,85$) görülmüştür.

Hipotez 3a: USB hizmetlerinin, a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 18. USB Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	0,313	0,161	0,122	1,939	0,053	1,270
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,092	0,194	-0,037	-0,474	0,636	1,942
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,693	0,286	-0,265	-2,421	0,016	3,856
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,214	0,213	0,086	1,004	0,316	2,347
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,202	0,243	0,065	0,832	0,406	1,967
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,164	0,275	0,053	0,596	0,552	2,512
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,162	0,180	-0,055	-0,903	0,367	1,194
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	0,164	0,235	0,048	0,697	0,486	1,544

F=2,849; p=0,005; R²=0,071; Düzeltilmiş R²=0,046; Durbin Watson (DW)=1,415

USB alanında çalışanların USB hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve USB alanında çalışma süresi bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3a'yı test etmek

için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 18, “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutundaki varyasyonun %4,6’sının açıklandığı görülmüştür. Modele göre lisans & yüksek lisans mezunu olanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerinin referans grup olan ilkökul & ortaokul mezunu çalışanlara göre daha olumsuz olduğu görülmüştür. Buna karşılık, çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri cinsiyet, meslek ve aylık gelir durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H3a kabul edilmiştir.

Hipotez 3b: USB hizmetlerinin b) *USB hizmetlerine erişim* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 19. USB Alanında Çalışanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	0,038	0,100	0,023	0,384	0,701	1,176
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,132	0,154	0,078	0,862	0,389	2,762
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	0,059	0,176	0,034	0,336	0,737	3,392
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	0,280	0,131	0,172	2,138	0,033	2,161
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,125	0,151	-0,073	-0,828	0,408	2,610
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,271	0,138	-0,166	-1,962	0,051	2,408
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	-0,312	0,117	-0,190	-2,677	0,008	1,686
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	0,061	0,146	0,033	0,421	0,674	2,106
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	0,294	0,120	0,152	2,454	0,015	1,288
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	0,092	0,152	0,041	0,605	0,546	1,562

F=3,981; p<0,001; R²=0,119; Düzeltmiş R²=0,089; Durbin Watson (DW)=1,562

USB alanında çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; meslek ve medeni durum bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3b’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 19, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin öğrenim durumlarına, alanda çalışma süresine ve aylık gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) ve model tarafından “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki varyasyonun %8,9’unun açıklandığı

görülmüştür. Modele göre lise & ön lisans mezunu olanların, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin referans grup olan ilkokul & ortaokul mezunu çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgunun aksine alanda çalışma süresi 3-9 yıl olanların, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri ise, referans grup olan alanda çalışma süresi <3yıl olan çalışanlara göre daha düşüktür. Ayrıca aylık geliri 4801-7499 TL olanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri, referans grup olan ≤ 4800 TL aylık geliri olan çalışanlara göre daha fazladır. Buna karşılık, çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri cinsiyet, yaş ve çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H3b kabul edilmiştir.

Hipotez 3c: USB hizmetlerinin, c) *kurumsal bakımın yükü* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 20. USB Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakımın Yükü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	0,408	0,136	0,179	3,003	0,003	1,202
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	-0,377	0,176	-0,170	-2,147	0,033	2,130
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	-0,438	0,206	-0,159	-2,130	0,034	1,884
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	-0,465	0,207	-0,169	-2,248	0,025	1,907
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	-0,273	0,142	-0,122	-1,929	0,055	1,364
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	-0,083	0,162	-0,033	-0,513	0,608	1,439
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	0,433	0,157	0,165	2,762	0,006	1,214
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	0,098	0,191	0,033	0,515	0,607	1,360

F=5,177; $p<0,001$; $R^2=0,122$, Düzeltilmiş $R^2=0,098$, Durbin Watson (DW)=1,303

USB alanında çalışanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan

tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; yaş, öğrenim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin, çalışanların "Kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3c'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, meslek, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 20, "Kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre "Kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin cinsiyet, meslek ve aylık gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından "Kurumsal bakımın yükü" boyutundaki varyasyonun %9,8'inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre erkek çalışanların "kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin referans grup olan kadın çalışanlara göre daha fazladır. Bu bulgunun aksine bakım elemanlarının, hemşire/ATT/sağlık teknikerlerinin ve meslek elemanlarının "kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri, referans grup olan destek personele göre daha düşüktür. Ayrıca aylık geliri 4801-7499 TL olanların "Kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri referans grup olan ≤ 4800 TL aylık geliri olan çalışanlara göre daha fazladır. Buna karşılık, çalışanların "Kurumsal bakımın yükü" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri alanda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H3c kabul edilmiştir.

Hipotez 3d: USB hizmetlerinin, d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 21. USB Alanında Çalışanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandarize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,257	0,130	-0,128	-1,973	0,049	1,328
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	-0,246	0,138	-0,122	-1,780	0,076	1,474
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	0,182	0,167	0,081	1,092	0,276	1,725

F=4,392; p=0,005; R²=0,072; Düzeltilmiş R²=0,051; Durbin Watson (DW)=1,280

USB alanında çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin, çalışanların "Uzmanlaşmış bakım hizmetleri" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p > 0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3d'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın çocuk sahibi olma durumu ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 21, “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve model tarafından “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %5,1'inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre çocuk sahibi olmayan çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan çocuk sahibi olan çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, çalışanların "Uzmanlaşmış bakım hizmetleri" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri alandaki çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bu bulgulara göre H3d kabul edilmiştir.

Hipotez 3e: USB hizmetlerinin, e) *standartlar ve iş doyumu* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 22. USB Alanında Çalışanların “Standartlar ve İş Doyumu” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,257	0,129	-0,130	-1,991	0,047	1,337
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	-0,243	0,138	-0,122	-1,763	0,079	1,496
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	-0,084	0,167	-0,038	-0,506	0,614	1,764
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	0,137	0,139	0,059	0,986	0,325	1,112
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,259	0,156	-0,096	-1,656	0,099	1,058

F=2,203; p=0,020; R²=0,79; Düzeltilmiş R²=0,057; Durbin Watson (DW)=1,437

USB alanında çalışanların “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek ve medeni durum bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p > 0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3e’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın çocuk sahibi olma durumu, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 22, “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve model tarafından “Standartlar ve iş doyumu” boyutundaki varyasyonun %5,7’sinin açıklandığı görülmüştür. Modele göre

çocuk sahibi olmayan çalışanların “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan çocuk sahibi olan çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık çalışanların "Standartlar ve iş doyumu" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri alanda çalışma süresi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H3e kabul edilmiştir.

Hipotez 3f: USB hizmetlerinin, f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 23. USB Alanında Çalışanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,170	0,106	-0,092	-1,603	0,110	1,040
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,239	0,118	-0,133	-2,029	0,043	1,357
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	-0,195	0,124	-0,108	-1,571	0,117	1,476
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	0,112	0,150	0,056	0,748	0,455	1,746

F=2,908; $p=0,022$; $R^2=0,087$; Düzeltmiş $R^2=0,054$; Durbin Watson (DW)=1,332

USB alanında çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 3f’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu ve

alandaki çalışma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 23, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve model tarafından “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki varyasyonun %5,4’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre çocuk sahibi olmayan çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan çocuk sahibi olan çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, çalışanların hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri alanda cinsiyet ve alanda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bu bulgulara göre H3f kabul edilmiştir.

Hipotez 3g: USB hizmetlerinin, g) *hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 24. USB Alanında Çalışanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandarize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,056	0,141	-0,025	-0,396	0,693	1,336
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,049	0,189	0,017	0,257	0,797	1,498
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	-0,463	0,163	-0,207	-2,846	0,005	1,822
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,646	0,173	-0,295	-3,723	<0,001	2,162
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,568	0,250	-0,247	-2,270	0,024	4,081
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,244	0,184	0,112	1,330	0,185	2,423
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,251	0,221	0,092	1,137	0,257	2,250
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,365	0,246	0,134	1,487	0,138	2,791
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	0,169	0,167	0,077	1,011	0,313	1,998
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; 3-9 yıl)	0,077	0,152	0,035	0,507	0,613	1,642
Alanda Çalışma Süresi (Ref: < 3yıl; ≥ 10 yıl)	-0,057	0,186	-0,023	-0,309	0,758	1,967
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,314	0,158	-0,121	-1,990	0,048	1,277
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,306	0,205	-0,103	-1,488	0,138	1,639

F=3,883; p<0,001; R²=0,147; Düzeltilmiş R²=0,109; Durbin Watson (DW)=1,321

USB alanında çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; medeni durum bağımsız değişkeninin, çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişken hipotez 3g’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, çocuk sahibi olma durumu, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 24, “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmet alanların

kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların görüşlerinin yaş, öğrenim durumu ve aylık gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki varyasyonun %10,9’unun açıklandığı görülmüştür. Modele göre 45 yaş ve üzerindeki çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <30 yaşında olan çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte lise & ön lisans mezunu çalışanlar ile lisans & yüksek lisans mezunu çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri referans grup olan ilkökul & ortaokul mezunu çalışanlara göre daha düşüktür. Ayrıca aylık geliri 4801-7499 TL olan çalışanların da “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri, referans grup olan ve aylık geliri ≤ 4800 TL olan çalışanlara göre daha düşüktür. Buna karşılık, çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri cinsiyet, meslek, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H3g kabul edilmiştir.

Hipotez 4a: USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 25. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	0,592	0,239	0,274	2,483	0,014	1,697
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	0,699	0,259	0,308	2,702	0,008	1,808
Meslek (Ref: Emekli; Ev hanımı & çiftçi)	0,383	0,196	0,169	1,952	0,053	1,052
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	0,172	0,160	0,100	1,076	0,284	1,197

F=4,638; $p=0,002$; $R^2=0,133$; Düzeltilmiş $R^2=0,104$; Durbin Watson (DW)=1,686

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin, hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4a’yı test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, meslek ve kuruluşa gelme sebebi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 25, “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutundaki varyasyonun %10,4’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaş aralığında olan hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşında olan hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri meslek ve kuruluşa gelme sebebine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H4a kabul edilmiştir.

Hipotez 4b: USB hizmetlerinin; b) *USB hizmetlerine erişim* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 26. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	0,355	0,142	0,270	2,505	0,014	1,513
Yaş (Ref: <75 yaş; $\geq$ 85 yaş)	0,315	0,149	0,228	2,115	0,036	1,513

F=3,464; p=0,034; R²=0,093, Düzeltilmiş R²=0,058; DW=1,408

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin, hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4b’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş değişkeninin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 26, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki varyasyonun %5,8’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile $\geq$ 85 yaş aralığında olan hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşında olan hizmet alanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre H4b kabul edilmiştir.

Hipotez 4c: USB hizmetlerinin; c) *kurumsal bakımın yükü* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 27. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakımın Yükü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,814	0,242	-0,363	-3,367	0,001	1,665
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥85 yaş)	-0,697	0,256	-0,296	-2,721	0,007	1,696
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	0,532	0,229	0,203	2,320	0,022	1,098
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,126	0,253	-0,043	-0,498	0,619	1,086
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤3 yıl; 4-6 yıl)	-0,213	0,225	-0,090	-0,945	0,346	1,308
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤3 yıl; 7-15 yıl)	0,273	0,249	0,110	1,095	0,276	1,443

F=3,994; p=0,001, R²=0,168; Düzeltilmiş R²=0,126; Durbin Watson (DW)=1,311

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin, hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p > 0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4c’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 27, “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakımın yükü”

boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaşa ve medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki varyasyonun %12,6’sının açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaş aralığında olan hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşında olan hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun aksine medeni durumu bekar olan hizmet alanların ise “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri, referans grup olan evli hizmet alanlara göre daha fazladır. Buna karşılık, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri çocuk sahibi olma durumu ve kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H4c kabul edilmiştir.

Hipotez 4d: USB hizmetlerinin; d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 28. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	0,311	0,230	0,141	1,352	0,179	1,464
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,892	0,265	-0,399	-3,372	0,001	1,883
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	-0,716	0,304	-0,305	-2,356	0,020	2,252
Meslek (Ref: Emekli; Ev hanımı & çiftçi)	0,263	0,251	0,112	1,046	0,298	1,556
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	0,429	0,221	0,189	1,941	0,055	1,277
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,048	0,245	-0,021	-0,198	0,844	1,482
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,194	0,285	-0,074	-0,682	0,497	1,597

F=2,403; $p=0,025$, $R^2=0,125$, Düzeltilmiş $R^2=0,073$, Durbin Watson (DW)=1,309

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için

yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kurum bakımından yararlanma süresi bağımsız değişkenlerinin, hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4d’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, meslek, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 28, “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %7,3’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaş aralığında olan hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşında olan hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri cinsiyet, meslek, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H4d kabul edilmiştir.

Hipotez 4e: USB hizmetlerinin; e) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler* boyutunda yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 29. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,400	0,144	-0,267	-2,778	0,006	1,762
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	0,677	0,160	0,447	4,243	<0,001	2,106
Yaş (Ref: <75 yaş; $\geq$ 85 yaş)	0,547	0,181	0,343	3,022	0,003	2,451
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	0,141	0,164	0,089	0,862	0,391	2,006
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	0,224	0,200	0,140	1,117	0,266	2,998
Meslek (Ref: Emekli; Ev hanımı & çiftçi)	0,233	0,393	0,048	0,594	0,554	1,223
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	-0,153	0,143	-0,086	-1,067	0,288	1,237
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,028	0,152	-0,014	-0,185	0,854	1,134
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,058	0,141	0,036	0,412	0,681	1,484
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 7-15 yıl)	0,107	0,153	0,064	0,701	0,485	1,575

F=5,654; p<0,001; R²=0,416; Düzeltilmiş R²=0,343; Durbin Watson (DW)=1,445

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumu bağımsız değişkenlerinin, hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4e’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kurum bakımından yararlanma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 29, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin cinsiyete ve yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı

farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki varyasyonun %34,3’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaş aralığında olan hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşında olan hizmet alanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun aksine erkek hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin ise, referans grup olan kadın hizmet alanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kurum bakımından yararlanma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H4e kabul edilmiştir.

Hipotez 4f: USB hizmetlerinin; f) *hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet* boyutlarında yaşanan sorunlar konusunda yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 30. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,235	0,264	-0,098	-0,889	0,376	1,741
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	-0,089	0,283	-0,036	-0,316	0,752	1,811
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	0,792	0,247	0,284	3,203	0,002	1,114
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,372	0,265	-0,120	-1,405	0,163	1,042
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,717	0,230	-0,296	-3,111	0,002	1,289

F=4,413; $p=0,001$; $R^2=0,155$; Düzeltmiş $R^2=0,120$; Durbin Watson (DW)=1,348

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerini etkileyen

faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, kurum bakımından yararlanma süresi ve aylık gelir durumu bağımsız değişkenlerinin, "Hizmet alanların kararlara katılım/memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 4f'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kuruluşa gelme sebebi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 30, "Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre "Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin hizmet alanların görüşlerinin medeni durum ve kuruluşa gelme sebebine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından "Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet" boyutundaki varyasyonun %12'sinin açıklandığı görülmüştür. Modele göre bekar hizmet alanların "Hizmet alanların kararlara katılım/memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin, referans grup olan evli hizmet alanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun aksine yalnızlık sebebiyle kurum bakımına gelen hizmet alanların "Hizmet alanların kararlara katılım ve memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeylerinin ise, referans grup olan sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle kurum bakımına gelen hizmet alanlara göre daha düşüktür. Buna karşılık, yatılı bakım merkezlerinden "Hizmet alanların kararlara katılım/memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri yaş ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H4f kabul edilmiştir.

Hipotez 5a: USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 31. USB Bakım Alanında Çalışanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,312	0,100	-0,194	-3,129	0,002	1,290
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,295	0,115	0,182	2,573	0,011	1,688
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥45 yaş)	0,303	0,128	0,182	2,372	0,018	1,979
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,008	0,128	-0,005	-0,061	0,951	2,268
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	0,098	0,180	0,060	0,543	0,587	4,052
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,131	0,132	0,084	0,991	0,322	2,402
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,293	0,160	0,151	1,833	0,068	2,282
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,429	0,179	0,221	2,399	0,017	2,843
Aylık Gelir (Ref: ≤4800; 4801-7499TL)	-0,180	0,112	-0,098	-1,610	0,109	1,237
Aylık Gelir (Ref: ≤4800; ≥7500 TL)	-0,346	0,146	-0,163	-2,378	0,018	1,582

F=4,021; p<0,001; R²=0,120; Düzeltilmiş R²=0,090, Durbin Watson (DW)=1,470

USB alanında çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresi bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5a’yı test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 31, “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin çalışanların görüşlerinin cinsiyet, yaş, meslek ve aylık gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutundaki varyasyonun %9’unun açıklandığı görülmüştür. Modele göre erkek çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan kadın çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun aksine 30-44 yaş aralığındaki ve ≥ 45 yaşında olan çalışanların ise “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan < 30 yaşındaki çalışanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, meslek elemanlarının “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri, referans grup olan destek personele göre daha fazla olmakla birlikte; aylık geliri ≥ 7500 TL olan çalışanların bu konudaki önerilere katılım düzeyleri, referans grup olan ≤ 4800 TL aylık geliri olan çalışanlara göre daha düşüktür. Buna karşılık, çalışanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bu bulgulara göre H5a kabul edilmiştir.

Hipotez 5b: USB hizmetlerinin; b) *USB hizmetlerine erişim* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 32. USB Alanında Çalışanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandarize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,245	0,100	-0,150	-2,439	0,015	1,291
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,169	0,121	-0,106	-1,398	0,163	1,979
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,244	0,177	-0,146	-1,379	0,169	3,858
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	-0,001	0,131	-0,001	-0,010	0,992	2,347
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,174	0,150	0,088	1,158	0,248	1,978
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,616	0,172	0,311	3,590	<0,001	2,582
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; 3-9 yıl)	0,261	0,101	0,163	2,578	0,010	1,366
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3yıl; ≥ 10 yıl)	0,043	0,117	0,024	0,367	0,714	1,475
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,199	0,114	-0,106	-1,755	0,080	1,252
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,267	0,145	-0,123	-1,838	0,067	1,547

F=4,721; p<0,001; R²=0,138; Düzeltilmiş R²=0,108; Durbin Watson (DW)=1,501

USB alanında çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin, çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5b’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 32, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin çalışanların görüşlerinin cinsiyet, meslek ve alanda çalışma süresine göre istatistiksel

olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) ve model tarafından “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki varyasyonun %10,8’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre erkek çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan kadın çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun aksine meslek elemanlarının “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri ise, referans grup destek personele göre daha fazladır. Ayrıca, alanda 3-9 yıl süresince çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri de, referans grup olan ve alanda çalışma süresi < 3 yıl olan çalışanlara göre daha fazla bulunmuştur. Buna karşılık, çalışanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri öğrenim durumu ve aylık gelirlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Bu bulgulara göre H5b kabul edilmiştir.

Hipotez 5c: USB hizmetlerinin; c) *kurumsal bakımın yükü* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 33. USB Alanında Çalışanların “Kurumsal Bakımın Yüğü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,129	0,099	-0,080	-1,301	0,194	1,278
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,386	0,153	0,238	2,533	0,012	2,985
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	0,356	0,172	0,213	2,071	0,039	3,565
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,092	0,130	-0,059	-0,708	0,479	2,328
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,381	0,174	-0,232	-2,188	0,029	3,794
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,246	0,131	0,157	1,877	0,062	2,372
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,593	0,162	0,304	3,668	<0,001	2,320
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,716	0,178	0,368	4,015	<0,001	2,827
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	-0,065	0,110	-0,042	-0,594	0,553	1,700
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	0,037	0,147	0,024	0,251	0,802	2,973
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; 3-9 yıl)	0,073	0,113	0,047	0,649	0,517	1,736
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3yıl; ≥ 10 yıl)	-0,166	0,140	-0,094	-1,182	0,238	2,137

F=3,589; p<0,001; R²=0,128; Düzeltilmiş R²=0,094; Durbin Watson (DW)=1,508

USB alanında çalışanların “Kurumsal bakımın yüğü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; aylık gelir durumu bağımsız değişkeninin çalışanların "Kurumsal bakımın yüğü" boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5c'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 33, “Kurumsal bakımın yüğü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakımın yüğü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin çalışanların

görüşlerinin yaş, öğrenim durumu ve mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki varyasyonun %9,4’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre 30-44 yaş aralığındaki ve ≥ 45 yaştaki çalışanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <30 yaştaki çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun aksine öğrenim durumu lisans & yüksek lisans olan çalışanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyleri ise, referans grup olan ilkokul & ortaokul mezunu çalışanlara göre daha düşüktür. Ayrıca, hemşire/ATT/ sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin ise, referans grup olan destek personele göre daha fazla bulunmuştur. Buna karşılık çalışanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H5c kabul edilmiştir.

Hipotez 5d: USB hizmetlerinin; d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 34. USB Alanında Çalışanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,203	0,102	-0,122	-1,996	0,047	1,253
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,333	0,158	0,200	2,114	0,035	2,981
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	0,357	0,178	0,207	2,005	0,046	3,565
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,083	0,134	-0,051	-0,618	0,537	2,310
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,282	0,179	-0,166	-1,569	0,118	3,765
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,042	0,136	0,026	0,311	0,756	2,366
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,367	0,166	0,183	2,209	0,028	2,285
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,692	0,185	0,344	3,747	<0,001	2,827
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Ref: Çocuk sahibi; Çocuk sahibi değil)	-0,024	0,136	-0,015	-0,176	0,860	2,383
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; 3-9 yıl)	0,158	0,116	0,097	1,367	0,173	1,697
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3yıl; ≥ 10 yıl)	-0,060	0,144	-0,033	-0,421	0,674	2,096

F=3,596; p<0,001; R²=0,118; Düzeltilmiş R²=0,085; Durbin Watson (DW)=1,365

USB alanında çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; medeni durum ve aylık gelir durumu bağımsız değişkenlerinin çalışanların "Uzmanlaşmış bakım hizmetleri" boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5d'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 34, “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin

çalışanların görüşlerinin cinsiyet, yaş ve mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %8,5’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre erkek çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan kadın çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun aksine 30-44 yaş aralığındaki ve ≥ 45 yaştaki çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <30 yaştaki çalışanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri de referans grup olan destek personele göre daha fazladır. Buna karşılık, çalışanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu ve alanda çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H5d kabul edilmiştir.

Hipotez 5e: USB hizmetlerinin; e) *evde bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 35. USB Alanında Çalışanların “Evde Bakım Hizmetlerine” Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,267	0,145	0,127	1,837	0,067	1,505
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	0,319	0,155	0,148	2,052	0,041	1,618
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,223	0,160	0,111	1,398	0,163	1,954
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,618	0,199	0,245	3,097	0,002	1,958
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,452	0,192	0,179	2,357	0,019	1,811

F=3,341, $p<0,05$, $R^2=0,107$, Düzeltilmiş $R^2=0,081$; Durbin Watson (DW)=1,564

USB alanında çalışanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, alanda çalışma süresi ve aylık gelir durumu bağımsız değişkenlerinin çalışanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5e’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş ve meslek değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 35, “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin çalışanların görüşlerinin yaş ve mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Evde bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %8,1’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre ≥ 45 yaştaki çalışanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <30 yaştaki çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri de referans grup destek personele göre daha fazla bulunmuştur. Bu bulgulara göre H5e kabul edilmiştir.

Hipotez 5f: USB hizmetlerinin; f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 36. USB Alanında Çalışanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,234	0,095	-0,144	-2,467	0,014	1,124
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,167	0,124	0,106	1,346	0,179	2,049
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,339	0,146	0,173	2,331	0,020	1,817
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,506	0,142	0,257	3,563	<0,001	1,726
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; 3-9 yıl)	0,217	0,101	0,137	2,158	0,032	1,328
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3yıl; ≥ 10 yıl)	0,061	0,114	0,034	0,531	0,596	1,372

F=5,104; $p<0,001$; $R^2=0,093$; Düzeltilmiş $R^2=0,074$; Durbin Watson (DW)=1,413

USB alanında çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve aylık gelir durumu bağımsız değişkenlerinin çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5f’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, meslek ve alanda çalışma süresi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 36, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin çalışanların görüşlerinin cinsiyet, meslek ve alanda çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki

varyasyonun %7,4'ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre erkek çalışanların “hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan kadın çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun aksine, hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri, referans grup olan destek personele göre daha fazladır. Benzer şekilde alanda çalışma süresi 3-9 yıl olan çalışanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine katılım düzeyleri de referans grup olan alanda çalışma süresi <3yıl olan çalışanlara göre daha fazladır. Bu bulgulara göre H5f kabul edilmiştir.

Hipotez 5g: USB hizmetlerinin; g) *hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, USB alanında çalışanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 37. USB Alanında Çalışanların “Hizmet Alanların Kararlara Katılımı/Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	-0,185	0,108	-0,107	-1,714	0,087	0,758
Yaş (Ref: <30 yaş; 30-44 yaş)	0,488	0,143	0,280	3,411	0,001	0,438
Yaş (Ref: <30 yaş; ≥ 45 yaş)	0,446	0,164	0,248	2,715	0,007	0,353
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,097	0,138	-0,057	-0,700	0,484	0,437
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,218	0,193	-0,124	-1,129	0,260	0,246
Meslek (Ref: Destek personel; Bakım elemanı)	0,063	0,142	0,037	0,440	0,660	0,410
Meslek (Ref: Destek personel; Hemşire/ATT/Sağlık Teknikeri)	0,521	0,175	0,249	2,979	0,003	0,422
Meslek (Ref: Destek personel; Meslek elemanı)	0,680	0,193	0,325	3,527	<0,001	0,348
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; 3-9 yıl)	-0,031	0,121	-0,018	-0,252	0,801	0,576
Alanda Çalışma Süresi (Ref: <3 yıl; ≥ 10 yıl)	-0,276	0,151	-0,146	-1,830	0,068	0,465
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,186	0,122	-0,094	-1,524	0,129	0,781
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,027	0,156	-0,012	-0,173	0,863	0,630

F=3,765; p<0,001; R²=0,133; Düzeltilmiş R²=0,098; Durbin Watson (DW)=1,404

USB alanında çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 5g’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, alanda çalışma süresi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 37 “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin USB alanında çalışanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik

geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin çalışanların görüşlerinin yaş ve mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki varyasyonun %9,8’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre 30-44 yaş aralığındaki ve ≥ 45 yaştaki çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <30 yaştaki çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeyleri de referans grup olan destek personele göre daha fazladır. Buna karşılık, çalışanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; cinsiyet, öğrenim durumu, alanda çalışma süresi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H5g kabul edilmiştir.

Hipotez 6a: USB hizmetlerinin; a) *kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 38. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların USB Hizmetlerinde “Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yeterliliği” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,370	0,130	-0,336	-2,847	0,005	1,925
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	-0,287	0,146	-0,248	-1,969	0,051	2,204
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,112	0,119	0,096	0,941	0,349	1,452
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 7-15 yıl)	-0,128	0,122	-0,105	-1,046	0,298	1,392
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,224	0,112	-0,201	-2,008	0,047	1,386
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	0,108	0,120	0,094	0,902	0,369	1,506
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	0,099	0,136	0,077	0,726	0,469	1,540

F=2,941; p=0,007; R²=0,149; Düzeltilmiş R²=0,098; Durbin Watson (DW)=1,614

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6a’yı test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 38 “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş ve kuruluşa gelme sebebine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutundaki varyasyonun %9,8’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaştaki hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, kuruluşa gelme sebebi yalnızlık olan hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeyleri de, referans grup olan ve sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle kuruluşa gelen hizmet alanlara göre daha düşüktür. Buna karşılık, hizmet alanların “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6a kabul edilmiştir.

Hipotez 6b: USB hizmetlerinin; b) *USB hizmetlerine erişim* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 39. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “USB Hizmetlerine Erişim” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,484	0,137	-0,409	-3,524	0,001	1,929
Yaş (Ref: <75 yaş; $\geq$ 85 yaş)	-0,533	0,155	-0,429	-3,448	0,001	2,214
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	0,020	0,127	0,015	0,160	0,873	1,202
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,115	0,125	0,093	0,919	0,360	1,453
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 7-15 yıl)	-0,091	0,132	-0,069	-,686	0,494	1,459
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,206	0,123	-0,172	-1,682	0,095	1,495
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; 4801-7499TL)	0,219	0,129	0,177	1,700	0,092	1,557
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; $\geq$ 7500 TL)	0,159	0,144	0,115	1,106	0,271	1,553

F=3,262; p=0,002; R²=0,182; Düzeltilmiş R²=0,156; Durbin Watson (DW)=1,355

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6b’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış; buna karşın yaş, medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 39 “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki varyasyonun %15,6’sının açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaşında olan hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaşındaki hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6b kabul edilmiştir.

Hipotez 6c: USB hizmetlerinin; c) *kurumsal bakımın yükü* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 40. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Kurumsal Bakımın Yükü” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lise & ön lisans)	-0,164	0,196	-0,084	-0,835	0,406	1,376
Öğrenim durumu (Ref: İlkokul & ortaokul; Lisans & yüksek lisans)	-0,493	0,196	-0,251	-2,514	0,013	1,373
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,524	0,199	0,267	2,627	0,010	1,419
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 7-15 yıl)	0,436	0,207	0,211	2,104	0,037	1,380
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,350	0,181	-0,185	-1,936	0,055	1,252

F=3,450; p=0,006; $R^2=0,126$; Düzeltilmiş $R^2=0,089$; Durbin Watson (DW)=1,513

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve aylık gelir bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6c’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın öğrenim durumu, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi ve kuruluşa gelme sebebi değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 40 “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin öğrenim durumu ve kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “kurumsal bakımın yükü” boyutundaki varyasyonun %8,9’unun açıklandığı görülmüştür. Modele göre lisans & yüksek lisans mezunu olan hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan ilkokul & ortaokul mezunu hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun aksine, kurum bakımından yararlanma süresi 4-6 yıl olan hizmet alanlar ile 7-15 yıl olan hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeyleri ise, referans grup olan ve kurum bakımından yararlanma süresi ≤ 3 yıl olan hizmet alanlara göre daha fazladır. Buna karşılık, hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; kuruluşa gelme sebebine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6c kabul edilmiştir.

Hipotez 6d: USB hizmetlerinin; d) *uzmanlaşmış bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 41. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,331	0,167	-0,233	-1,988	0,049	1,518
Yaş (Ref: <75 yaş; $\geq$ 85 yaş)	-0,185	0,187	-0,124	-0,988	0,325	1,452
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	-0,148	0,154	-0,089	-0,960	0,339	1,832
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,046	0,152	0,031	0,305	0,761	1,688
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 7-15 yıl)	-0,195	0,161	-0,124	-1,211	0,228	1,685
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,238	0,149	-0,165	-1,600	0,112	1,669
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; 4801-7499TL)	-0,069	0,156	-0,046	-0,439	0,661	1,642
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; $\geq$ 7500 TL)	-0,174	0,175	-0,105	-0,997	0,321	1,644

F=2,891; p=0,006; R²=0,165; Düzeltilmiş R²=0,108; Durbin Watson (DW)=2,037

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p > 0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6d’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 41 “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %10,8’inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaştaki hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6d kabul edilmiştir.

Hipotez 6e: USB hizmetlerinin; e) *evde bakım hizmetleri* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 42. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Evde Bakım Hizmetleri” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,395	0,138	-0,343	-2,862	0,005	1,962
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	-0,422	0,153	-0,349	-2,762	0,007	2,180
Çocuk Sahibi Olma Durumu (var-yok)	-0,190	0,131	-0,127	-1,447	0,150	1,055
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	0,014	0,111	0,012	0,129	0,897	1,241
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	0,047	0,124	0,039	0,381	0,704	1,463
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	-0,065	0,141	-0,048	-0,459	0,647	1,493

F=2,954; p=0,01; R²=0,130; Düzeltilmiş R²=0,086; Durbin Watson (DW)=1,229

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve kurum bakımından yararlanma süresi bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6e’yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, çocuk sahibi olma durumu, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 42 “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Evde bakım hizmetleri” boyutundaki varyasyonun %8,6’sının açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaşındaki hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaştaki hizmet alanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Buna karşılık, hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; çocuk sahibi olma durumu, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6e kabul edilmiştir.

Hipotez 6f: USB hizmetlerinin; f) *hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu,

kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 43. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil Bakım Verenler” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın; Erkek)	0,113	0,098	0,098	1,153	0,251	1,075
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,472	0,133	-0,403	-3,550	0,001	1,932
Yaş (Ref: <75 yaş; $\geq$ 85 yaş)	-0,476	0,150	-0,388	-3,180	0,002	2,223
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	-0,072	0,123	-0,053	-0,588	0,558	1,204
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,109	0,121	0,089	0,900	0,370	1,458
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: $\leq$ 3 yıl; 7-15 yıl)	-0,014	0,128	-0,010	-0,106	0,916	1,460
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,192	0,119	-0,162	-1,608	0,111	1,519
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; 4801-7499TL)	-0,007	0,125	-0,005	-0,052	0,958	1,560
Aylık Gelir (Ref: $\leq$ 4800; $\geq$ 7500 TL)	-0,001	0,142	-0,001	-0,009	0,993	1,605

F=3,730; p<0,001; R²=0,224; Düzeltilmiş R²=0,164; Durbin Watson (DW)=1,569

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; öğrenim durumu, meslek ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi p>0,25 olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6’ya test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın cinsiyet, yaş, medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi p<0,25 olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 43 “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir.

Buna göre “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki varyasyonun %16,4’ünün açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanlar ile ≥ 85 yaşındaki hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaştaki hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Buna karşılık, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; cinsiyet, medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6f kabul edilmiştir.

Hipotez 6g: USB hizmetlerinin; g) *hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet* boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler konusunda, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri çeşitli sosyo demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kurumsal bakım hizmetinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi, aylık gelir) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 44. Yatılı Bakım Merkezlerinden Hizmet Alanların “Kararlara Katılım ve Memnuniyet” Boyutunda Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerilerine İlişkin Görüşlerini Etkileyen Faktörlere Ait Bulgular

	Unstandardize β katsayısı	St. Hata	Standardize β katsayısı	t	p	VIF
Yaş (Ref: <75 yaş; 75-84 yaş)	-0,322	0,155	-0,241	-2,068	0,041	1,929
Yaş (Ref: <75 yaş; ≥ 85 yaş)	-0,315	0,175	-0,225	-1,801	0,074	2,214
Medeni Durum (Ref: Evli; Bekar)	-0,041	0,143	-0,026	-0,283	0,777	1,202
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 4-6 yıl)	0,069	0,142	0,049	0,484	0,629	1,453
Hizmetten Yararlanma Süresi (Ref: ≤ 3 yıl; 7-15 yıl)	-0,306	0,150	-0,207	-2,043	0,043	1,459
Kuruluşa gelme sebebi (Ref: sağlık bakım ihtiyacı; yalnızlık)	-0,215	0,139	-0,159	-1,547	0,124	1,495
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; 4801-7499TL)	-0,029	0,146	-0,021	-0,196	0,845	1,557
Aylık Gelir (Ref: ≤ 4800 ; ≥ 7500 TL)	0,019	0,163	0,012	0,114	0,909	1,553

F=3,147; p=0,003; $R^2=0,177$; Düzeltilmiş $R^2=0,121$; Durbin Watson (DW)=1,874

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi öncesinde regresyon modeline hangi bağımsız değişkenlerin alınacağına karar vermek için yapılan tek değişkenli doğrusal regresyon analizleri sonuçlarına göre; cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve çocuk sahibi olma durumu bağımsız değişkenlerinin "Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet" boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri üzerindeki anlamlılık düzeyi $p>0,25$ olduğu için bu bağımsız değişkenler hipotez 6g'yi test etmek için yapılan çoklu regresyon modeline sokulmamış, buna karşın yaş, medeni durum, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir değişkenlerinin anlamlılık düzeyi $p<0,25$ olduğu için modele dahil edilmesine karar verilmiştir.

Tablo 44 “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Buna göre “Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerinin yaş ve kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve model tarafından “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki varyasyonun %12,1'inin açıklandığı görülmüştür. Modele göre 75-84 yaş aralığındaki hizmet alanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/ memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin, referans grup olan <75 yaştaki hizmet alanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi 7-15 yıl olan hizmet alanların “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine katılım düzeylerinin de referans grup olan ve kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi ≤ 3 yıl olan hizmet alanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna karşılık, “Hizmet kararların katılımı/memnuniyet” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; medeni durum, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre H6g kabul edilmiştir.

5.4. KATILIMCILARIN TÜRKİYE’DE SUNULAN USB HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ İLE İLGİLİ DİĞER GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

Çalışmada, USB alanında yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin hizmet sunanların ve hizmet alanların görüşlerini belirlemek için kapalı uçlu olarak yapılandırılmış standart sorular dışında “Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan diğer sorunlar” ile “Bu sorunların çözümüne yönelik diğer önerilerin” olup olmadığı ile ilgili iki açık uçlu soru daha sorulmuştur. Katılımcılar tarafından USB alanında yaşandığı ifade edilen *diğer sorunlar* Tablo 45’te, *diğer çözüm önerileri* ise Tablo 46’da sunulmuştur.

Tablo 45. Katılımcılara Göre Türkiye’de USB Hizmetlerinde Yaşanan “Diğer” Sorunlar

Açık uçlu soru 1: Belirtilenlerin dışında Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar varsa yazınız?		Çalışan sayısı	Hizmet alan sayısı
USB hizmetlerine erişim boyutu kapsamında değerlendirilebilecek ifadeler			
1	Özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde kalacak yaşlılar için gerekli olan sağlık kurulu raporların verilmesi sürecinde yaşlının tüm muayeneleri detaylı yapılmamaktadır. Sağlık kurulu raporunda yaşlının tüm hastalıklarına ilişkin tanıları yer almamaktadır	2	-
Standartlar ve iş doyumu boyutu kapsamında değerlendirilebilecek ifadeler			
2	Özel huzurevlerinde temizlik personeli çalıştırmak mecburi olmadığı için temizlikle ilgili işler bakım elemanları tarafından yapılmaktadır.	6	-
3	Koruyucu ekipmanlar yetersiz. Özellikle yeteri kadar eldiven sağlanmadığı için, aynı eldiven birden çok kişi ile temasta kullanılmaktadır.	7	1
Evde bakım hizmetleri boyutu kapsamında değerlendirilebilecek ifadeler			
4	Evde bakım hizmetleri hem hizmet alanlar hem de hizmet sunan personel açısından istismara açık. Evde bakım hizmetlerinin denetim şekli uygun ve yeterli değil.	1	-
Hizmetin Sürdürülebilirliği ve Birincil bakım verenler boyutu kapsamında değerlendirilebilecek ifadeler			
5	Nitelikli ve tecrübeli personel bulmak zor	4	-
6	Hem özel bakım merkezlerinde hem de resmi bakım merkezlerinde istihdam edilecek bakım elemanı, sağlık personeli ve meslek elemanları için ayrılan kontenjan yeterli değildir.	10	2
7	Özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinde tam zamanlı uzman doktor çalıştırmak zorunlu değil. Bu durum sağlık bakım hizmetlerini olumsuz etkilemektedir.	2	-
8	Hizmet alanların yakınları, yaşlılarını kuruluşa bıraktıktan sonra ilgilenmeyi kesiyorlar. Özellikle yaşlılara uygulanacak tedavi uygulamalarında (ilaç temini, NG, PEC vs.) yaşlı yakınlarından yeterli destek alınamamaktadır.	2	-

Tablo 45’te USB alanında karşılaşıldığı belirtilen diğer sorunlar incelendiğinde; USB alanında çalışan ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlar tarafından standart ankette yer almayan 8 sorunun daha dile getirildiği, bunların 4’ünün daha çok “Hizmetin Sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” ile ilgili, 2’sinin “Standartlar ve iş doyumu” ile ilgili ve 1’er ifadenin de “USB hizmetlerine erişim” ve “Evde bakım hizmetleri” boyutları ile ilgili olduğu görülmüştür.

Bu 8 sorun içinde en sık tekrar edilen ifade, “Kuruluşlarda çalışan meslek elemanı, hemşire ve bakım elemanlarının yetersizliği” (-ki 10 çalışan, 2 hizmet alan tarafından belirtilmiş) ile ilgilidir. İkinci en sık belirtilen sorun, “Koruyucu ekipmanların yetersizliği” (-ki 7 çalışan, 1 hizmet alan tarafından belirtilmiş) ile ilgilidir. Üçüncü en çok belirtilen sorun ise “Özel huzurevlerinde temizlik personeli çalıştırmanın mecburi olmadığı ve buna bağlı olarak temizlikle ilgili işlerin de bakım elemanları tarafından yapıldığı” (-ki 6 çalışan tarafından belirtilmiş) ile ilgilidir.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi, 34 çalışan ve 3 hizmet alan olmak üzere toplam 37 katılımcı standart ankette yer almayan sorunlar ifade etmişlerdir. En sık belirtilen sorun birincil bakım verenlerle ilgili iken ikinci ve üçüncü sırada standartlar ve iş doyumu boyutu ile ilgili sorunlar gelmektedir.

Tablo 46. Katılımcılara Göre Türkiye’de USB Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlara İlişkin “Diğer” Çözüm Önerileri

	Açık uçlu Soru 2: Belirtilenlerin dışında Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan bu sorunlarla ilgili belirtmek istediğiniz çözüm önerileri varsa yazınız?	Çalışan sayısı	Hizmet alan sayısı
Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
1	Yerel yönetimler, bakım merkezi açmaları konusunda teşvik edilmeli, desteklenmelidir.	3	6
2	Bakanlık tarafından yapılan kuruluş denetimleri sıklaştırılmalıdır.	4	-
USB hizmetlerine erişim boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
3	Özel huzurevlerinde tam zamanlı dahiliye, psikiyatrist ve nöroloji uzmanı bulunması zorunlu olmalıdır.	3	-
4	Belirli zaman dilimlerinde kuruluşlara aile hekimi gelmesi zorunlu olmalıdır.	4	1
5	Kuruluş bakımında olan engelli hizmet alanlar için sağlık kuruluşlarında çoklu randevu hakkı olmalıdır.	1	-
6	Kuruluştaki kalacak yaşlılar için sağlık kurulu raporu düzenlemede öncelik olmalıdır ve bu sadece devlet hastanesinden temin edilmelidir.	2	-
7	Yaşlılara yönelik düzenli geriatrik sağlık taramaları yapılmalıdır.	-	2
8	Huzurevlerindeki bakım ve bakım kalitesi ile ilgili kamu spotları hazırlanmalıdır.	3	-
9	Ortaokul, lise ve üniversitelerde yaşlı ve engellilere yönelik sosyal hizmet projeleri zorunlu olmalıdır.	1	1
Kurumsal bakımın yükü boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
10	Özel bakım merkezlerine elektrik, su, doğalgaz, kira konularında indirim sağlanmalı veya devlet destek sağlamalıdır.	14	2
11	Kuruluşlarda elektrik, su, doğalgaz tüketimi akılcı yönetilmelidir.	1	1
Uzmanlaşmış bakım hizmetleri boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
12	Özel bakım üniteleri/odaları, yaşlıların psikososyal durumları göz önüne alınarak zihinsel rahatsızlığı olan ve olmayanlar için ayrı olarak düzenlenmelidir.	3	-
Standartlar ve iş doyumu boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
13	Hem kuruluşun hem de hizmet alanların ihtiyaçlarının doğru tanımlanması için ihtiyaç değerlendirme yöntemleri belirlenmelidir.	2	1
14	Bakım elemanları zorunlu olarak ilk yardım eğitimi almalıdır. Kuruluşlar bunu organize etmelidir.	2	-
Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
15	Kuruluşlardaki rehabilitasyon faaliyetlerinin yapılabilmesi için meslek elemanı sayısı artırılmalıdır.	7	-
16	Hem personel hem hizmet alanlar için kuruluş içinde spor aletleri mecburi olarak olmalıdır.	1	1
Evde bakım hizmetleri boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
17	Evde bakım aylığı bağlandıktan sonra verilen bakımın kalitesini değerlendirmek için detaylı standartlar tanımlanmalıdır.	3	-
18	Evinde kalmak isteyen yaşlılar ve engelliler için devlet tarafından bakım elemanı desteği verilmelidir.	-	1
Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet boyutu kapsamında değerlendirilebilecek çözüm önerileri			
19	Tek kişilik oda seçeneği olmalıdır.	1	1
20	Yaşlı odalarına girenler galoş kullanmalıdır.	-	5
21	Yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmeleri için kuruluş mutfağında yapılan yemeklerde aşçılara yardım etmesine imkân verilmelidir.	1	7
22	Yaşlılar ve yakınları kuruluş kuralları ile yaşlı ve engelli hakları konularında yazılı olarak bilgilendirilmelidir.	-	5
23	Kuruluştaki kalan yaşlıların ve yakınlarının sistematik hastalıklar, beslenme, hijyen gibi konularda bilinç düzeyini artıracak eğitimler düzenlenmelidir.	6	4
24	Kuruluş dışı sosyal etkinlikler düzenlenmelidir.	-	4

Tablo 46’da USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öne sürülen diğer çözüm önerileri incelendiğinde; USB alanında çalışanlar ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlar tarafından standart ankette yer almayan 24 önerinin daha dile getirildiği, bunların 7’sinin “USB hizmetlerine erişim”, 6’sının “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet”, 2’ser önerinin “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği”, “Kurumsal bakımın yükü”, “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler”, “Standartlar ve iş doyumu” ile “Evde bakım hizmetleri” boyutları ile ilgili olduğu, 1 önerinin ise “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutu ile ilgili olduğu görülmüştür.

Bu 24 öneri içinde en sık tekrar edilen öneri, “Özel bakım merkezlerinin yükünü azaltmak için bu merkezlere elektrik, su, doğalgaz, kira konularında indirim sağlanmasına” yöneliktir (-ki 14 çalışan, 2 hizmet alan tarafından belirtilmiş). İkinci en sık belirtilen öneri, “Kuruluştaki kalan yaşlıların ve yakınlarının sistematik hastalıklar, beslenme, hijyen gibi konularda bilinç düzeyini artıracak eğitimler düzenlenmesi” ile ilgilidir (-ki 6 çalışan, 4 hizmet alan tarafından belirtilmiş). Üçüncü en çok belirtilen öneri ise “Yerel yönetimlerin bakım merkezi açmaları konusunda teşvik edilmesi” (-ki 3 çalışan, 6 hizmet alan tarafından belirtilmiş) ile ilgilidir.

Tablodan da görüldüğü gibi, 62 çalışan ve 42 hizmet alan olmak üzere toplam 104 katılımcı standart ankette yer almayan, USB alanında yaşanan sorunlara yönelik çeşitli çözüm önerilerinde bulunmuştur. En sık belirtilen öneri “Kurumsal bakımın yükü” ilgili iken ikinci ve üçüncü sıradaki öneriler “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutu ile “Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutu ile ilgilidir. Kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların cevaplarına ayrı ayrı bakıldığında; çalışanların daha çok “USB hizmetlerine erişim” boyutu ile ilgili önerilerde bulunurken, hizmet alanların ise daha çok “Hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet” boyutu ile ilgili önerilerde bulunduğu görülmüştür.

5.5. KALİTATİF GÖRÜŞMELERDEN ELDE EDİLEN BULGULAR

Araştırmanın ilk aşaması olan kalitatif araştırma kısmında derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak USB alanında uzman, yönetici ve akademisyenlerden oluşan 20 görüşmeci ile görüşülmüştür. Bu kişilere ve görüşmelere ait bilgiler 4.6.1. *Kalitatif Veri Derleme Aracı* başlığı altında açıklanmış olup bu bölümde elde edilen kodlar (-ki kantitatif araştırmada kullanılan ankette de bu kodlara yer verilmiştir), bu kodların tekrar sıklığı ile kodlardan elde edilen temalar, temalardan elde edilen kategoriler tablolaştırılarak verilmiştir. Ayrıca, bu bölümde derinlemesine görüşmeler sırasında katılımcıların konu ile ilgili dikkat çektiği önemli hususlara ilişkin açıklamalarına da yer verilmiştir.

Aşağıdaki tablolardan Tablo 47, “USB alanında yaşanan sorunlar nelerdir?” sorusuna USB alanında uzman, yönetici ve USB alanında çalışmalar yapan akademisyenlerin derinlemesine görüşmelerde verdikleri cevaplardan elde edilen bulguları, Tablo 48 ise, “Bu sorunlara yönelik çözüm önerileri nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplardan elde edilen bulguları göstermektedir.

Tablo 47. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlar Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular

Anket Maddeleri	Kategoriler	Temalar	Kodlar	Sıklık
1	Hizmetin Yeterliliği	Yatılı bakım	Kamuya ait huzurevlerinin yetersizliği	8
2	Hizmetin Yeterliliği	Yaşlanan nüfus	Nüfusun hızlı yaşlanmasının yarattığı bakım hizmet ihtiyacının giderilmemesi	9
3	Erişim	Hizmete erişim	Kamuya bağlı huzurevlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu	8
4	Erişim	Hizmete erişim	Acil kurum bakımına alınması gereken kişilerin ikame ettiği ilde kamuya ait bakım veren kuruluşların yetersizliği nedeniyle başka illere gitmek zorunda kalması	9
5	Erişim	Finansman	Özel huzurevleri ücretlerinin yüksekliği	6
6	Erişim	Finansman	Yaşlılık döneminde ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerine yönelik sosyal güvenlik sistemi içinde geri ödeme programı olmaması	16
7	Erişim	Yönlendirme-danışmanlık	Hastanelerdeki sağlık profesyonellerinin bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yapılması gereken öz bakım uygulamaları ile ilgili detaylı bilgilendirme yapmaması ve gerektiğinde kurum bakımına veya evde bakıma yönlendirmemesi	15
8	Erişim	Yönlendirme-danışmanlık	Travma sonrası yaşanan uygulanması gereken rehabilitasyon süreçlerinin doğru yönlendirilmemesi sonucu hastanın durumunun negatife doğru ilerlemesi	11
9	Erişim	Veri kayıpları/yazılım eksikliği	Kuruluşlarda yaşlı ve engellilere yönelik detay bilgilerin elektronik ortamda tutulmamasının ilgililer ile bilgi paylaşımını kısıtlaması	6
10	KB Yüğü*	Profesyonelleşme	Evde bakım hizmetleri profesyonel bir şekilde düzenlenmediği için kendi yaşam alanında bakılabilecek durumda olan yaşlı/engellilerin bakımevlerine gitmek zorunda kalması	10
11	KB Yüğü	Bakım destekleri	Evde bakım sürecinde öz bakımın nasıl yapılacağı konusunda ailelere yeterince bilgilendirme yapılmaması ve ailelerin bu konuda desteklenmemesi yüzünden ailelerin yakınlarını bakım merkezlerine yatırmak zorunda kalması	8
12	KB Yüğü	Profesyonelleşme	ASHB'nin özel sektörü gündüz bakım merkezi açmaları konusunda teşvik etmemesi, bu hizmet türü ile evinde yaşayabilecek durumda olan yaşlıların/engellilerin yatılı merkezlere başvurmasına neden olması	4
13	UBH**	Karma kuruluşlar	Yaşlı ve engellilerin bir arada kalmasının yaşlıların hizmete yönelik memnuniyetine etkisi	13
14	UBH	Özel önlem gerektiren durumlar	Alzheimer/demens tanıılı kişiler için bu hastalıklara özel düzenlenen merkezlerin yetersiz olması	5
15	UBH	Karma kuruluşlar	Yaşlılara yönelik USB hizmetlerinin, yaşlıların bağımlılık durumuna göre düzenlenmemesinin aktif yaşlılar üzerinde yarattığı olumsuz etki	13
16	UBH	Karma kuruluşlar	Hizmet alanın profili ile kaldığı kuruluşun profilinin uyuşmaması	13
17	UBH	Karma kuruluşlar	Sadece fiziksel olarak bağımlı olan kişilerin zihinsel ve psikolojik engellilerle aynı ortamda yaşamasının, bu kişileri olumsuz etkilemesi	11

Tablo 47. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlar Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular – Devamı

Anket Maddeleri	Kategoriler	Temalar	Kodlar	Sıklık
18	BBV***	Sağlık çalışanları	Sağlık profesyonellerinin USB veren kuruluşlardaki bakım ve rehabilitasyon uygulamalarını bilmemesi	11
19	BBV	Rol karmaşası/Standartlar	Sertifikalı bakıcılar ile yaşlı bakım bölümlerinden mezun teknikerler ve ATT/hemşireler arasında yaşanan rol karmaşası	14
20	BBV	İş doyumu	Yeni işe başlayan personelin işe alıştıktan sonra işi bırakması	6
21	BBV	İş doyumu	İyileşme ümidi olmayan kişilere bakmanın, hizmet sunanlar arasında tükenmişlik duygusunu artırması	11
22	BBV	İş doyumu	3 vardiyalı sistemin bakım elemanlarının işe bağlılığını azaltması	13
23	BBV	İletişim problemleri	Hizmeti sunanlar ile hizmeti alanlar ve yakınları arasında yaşanan iletişim problemleri	11
24	BBV	Şiddet ve istismar	Hizmeti sunanların, hizmet sunum sürecinde hizmet alanlar tarafından şiddete uğraması	5
25	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Bakım ihtiyacı olan yaşlı/engelli ailelerinin, yakınlarını yatılı merkezlere yatıramamasının aile üyeleri üzerinde yarattığı baskı	7
26	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Yaşlı/engelli aile üyesine bakanlara yönelik verilen psikolojik ve sosyal desteklerin yetersizliği	7
27	Yaşlı/Engelli Yakınları	İnformel bakım verenler	İnformel bakım verenlerin güvenli hizmet sunmaması	8
28	Kararlara Katılım/Memnuniyet	Hizmet alanın memnuniyeti	Hizmetin sunum şekline sadece yöneticiler ve çalışanlar tarafından karar verilmesinin hizmet alanlar üzerinde yarattığı memnuniyetsizlik	4
29	Kararlara Katılım/Memnuniyet	Hizmet alanın memnuniyeti	Yöneticiler ve çalışanlar tarafından bakımın lütf olarak görülmesi ve hizmet alanların memnuniyetlerinin sorgulanmaması	4

*Kurumsal Bakımın Yüğü; **Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri; ***Birincil Bakım Verenler

Görüşmeler sırasında USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar ile ilgili ifadelerden/kodlardan anket uygulamasına dahil edilenler, Tablo 47’de açıklanmıştır. Buna göre USB alanında yaşanan 29 sorun ifadesi, 18 tema ve 7 kategori altında gruplandırılmıştır.

Sorun ifadelerinden bakım hizmetlerinin yeterliliği kategorisinde 2 tema altında (yatılı bakım ve yaşlanan nüfus) toplanan 2 ifade 17 kez tekrar edilmiştir. Görüşmecilerin hizmetin yeterliliği konusunda bahsettikleri ana konulardan; yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan bakım ihtiyacı, yatılı bakım merkezlerinin fiziki yeterliliği ve özel bakım merkezlerinin ortaya çıkış süreçleri ile ilgili ifadeler aşağıda sunulmuştur.

Öncelikle kurum bakımına ihtiyacının ne zaman ortaya çıktığı ile ilgili ifadelere bakıldığında, ASHB il müdürlüğünde görevli bir yöneticinin ifadeleri şu şekildedir;

“İnsanlar iyice yaşlandığı zaman tek başına yaşamayı deniyor ya da ailenin desteğiyle bir süre yaşıyor. Aile yetişemeyince bir bakıcı tarafından bakımı sağlanıyor. Bunlar olmadığında, tıbbi bakım ihtiyacı artınca ve gece gündüz bakıma ihtiyaç duymaya başlayınca, o zaman insanlar yakınlarını huzurevine vermek istiyorlar. O zaman da yaşlı zaten bakım yaşlısı olmuş oluyor. O nedenle de sağlıklı yaşlı kavramı Türkiye’deki huzurevlerinde yok denecek kadar az. Özellikle özel huzurevleri tamamen bakım yaşlısına bakıyor. İşte iyice düşmüş vaziyette, huzurevlerine getiriliyorlar. Bunların pek çoğu daha da ileri ve palyatif dönemde.”

Yaşlılık döneminde bakım ihtiyacının ortaya çıktığı bir başka durum da hastane sonrası ortaya çıkan bakım ihtiyacıdır. Hastane sonrası süreçte yaşananları ASHB’da üst düzey yönetici bir doktor şu şekilde ifade etmiştir:

“Onkoloji servisinde çalıştığım dönemden şunu örnek verebilirim; kişiler kanser tedavisini aldıktan sonra kronik bir hale geliyor. Ciddi sağlık problemleri yaşıyor. Fakat artık hastane bakımından yararlanacak süreyi aşıyor ve “artık hastanınızı evine götürün” deniyor. Hasta çaresiz, hasta yakınları ayrıca çaresiz. Bunlara sunulan USB olmadığı için hasta daha sonra evinde ufacık bir sağlık problemindeki değişimde tekrar koştur koştur hastaneye gidiyor. Hastane “gelmesini gerektirecek bir durum olmadığını bunun normal olduğunu söylüyor”. Tekrar dönüyor, sonra gene hastane, sonra gene eve dönüş. Böyle problem yaşayan pek çok vaka gördüm. Bu durumda kimi özel hastaneler USB evlerine dönüşüyor. Bu durum sadece vatandaşı değil, aynı zamanda işini yapmaya çalışan sağlık profesyonellerini de zora sokuyor. Hekim hasta yakınları tarafından USB hastasının devamlı hastanesinde bakılması noktasında bir baskısı ile karşılaşılıyor. O da hasta yakınlarına “hastalarının hastanede bakılmasını gerektirecek bir endikasyon

olmadığını evine götürülmesi gerektiğini” belirttiğinde hasta yakınları ile ciddi sıkıntı yaşıyor.”

Yaşlılığa bağlı ortaya çıkan hastalıklar sonucu oluşan bakım ihtiyacının ve hastane sonrası bakım ihtiyacının yanında yaşlılar sosyal endikasyonlar sebebiyle de USB hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal endikasyonlar sebebiyle USB ihtiyacı doğan yaşlılar sosyal hizmet jargonunda “sağlıklı yaşlı”, “aktif yaşlı” veya “huzurevi yaşlısı” olarak adlandırılmaktadır. Öz bakım eksikliği yaşayan ve ağır bakım gerektiren yaşlılar ise “bakım yaşlısı”, “rehabilitasyon yaşlısı” olarak adlandırılmaktadır. Bakım yaşlılarının bakım ihtiyacının ortaya çıkma süreci ile ilgili ifadeler yukarıda belirtilmiş olup bir de sağlıklı yaşlının profiline ilişkin ifadelere bakmak yerinde olacaktır. ASHB’de görevli bir yönetici sağlıklı yaşlıların profili ile ilgili şunu söylemektedir:

“Sağlıklı yani aktif yaşlıların profiline baktığımızda erkeğe özellikle eşinden boşanmış oluyor, aile tarafından çocukları tarafından istenmeyen yaşlı konumunda oluyor. O nedenle huzurevine gidiyor. Kadınsa eşi vefat etmiş veya boşanmış oluyor. O da çocuklarıyla yaşayamıyor. Sorunlar, kuşak çatışması yaşandığında onlar da huzurevini tercih ediyorlar. Ancak sağlıklı yaşlı huzurevine gidince bir de bakıyor ki çok ağır yaşlılar var. Bu durumda bizim sağlıklı yaşlılar ve bakım yaşlıları için ayrı olarak hizmet sunmamız gerekiyor ama şartlar buna uygun değil. Bakım yaşlılarının çok olduğu huzurevlerinde sağlıklı yaşlıların mutlu olduğunu söyleyemeyiz.”

Kuruluş sayılarının yetersizliği, fiziki yapıya bağlı sorunlar ve bunların hizmet alanlar üzerindeki etkileri ile ilgili bir bakanlık yöneticisi depreme dayanıklılığı olmayan bir kurumun boşatılmasının yaşlılar üzerinde yarattığı çarpıcı etkiyi şu şekilde ifade etmiştir:

“Depreme dayanıklı olmadığı için boşaltılan kuruluşlarımız oldu. Bundan en çok etkilenen tabii ki yaşlılar oldu. Çünkü büyük illerde resmi kuruluşlarda kapasite dolu. Sıra bekleme süresi uzun. Bu yüzden il dışına çıkan yaşlarımız oldu. Biz daha sonra takip ettik yani giden yaşlılarımızın durumunu. Biliyorsunuz Alzheimerlı yaşlılar çok çabuk etkilenirler mekân

değişikliğinden. Yer değişikliğinin sonucu ya durumları ağırlaştı ya da ölüm.”

Görüşmeler sırasında engellilere yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili en çok konuşulan konulardan biri, özel engelli bakım merkezleri olmuştur. Özel engelli bakım merkezlerine neden ihtiyaç duyulduğu ve çalışma esaslarının nasıl düzenlendiği konusuna bakıldığında konu ile ilgili çalışan Bakanlık yöneticisi şöyle açıklamıştır:

“USB’da Aile Bakanlığı olarak bakıma muhtaç kişilerin bakım ihtiyacını kendi resmi bakım merkezlerimizde ve bize bağlı özel bakım merkezlerimizde gidermeye çalışıyoruz. Özel bakım merkezleri gerçekten de bu ihtiyacı gidermek için bizim argümanımız haline geldi. 2006 yılında bu hizmetleri başlattık. 5378 sayılı bir kanun çıkarılmıştı o zaman. 2828 sayılı yasanın ek 7 maddesine bir ekleme yapıldı. Bu tür merkezler özel sektör tarafından da açılabilir dendi. Bunun üzerine biz “Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği”ni çıkardık 2006 yılında. Daha sonra da özel sektör bu alana girmeye başladı. Çok hızlı bir şekilde bu alan büyüdü ve bu merkezler alandaki büyük bir boşluğu doldurdu. 2010 yılına kadar bizim kuruluşlarımızda binlerce engelli bir merkeze girmek için sırada beklerdi. Özel bakım merkezlerinin açılmasından sonra bu talepler oraya kanalize oldu ve artık bizim resmi bakım merkezlerimizde sırada bekleyen bir engelli kalmadı. Yani en azından bu faydası sağlanmış oldu. Tabi bu özel bakım merkezlerinin çok hızlı sayıca çoğalması denetimle ilgili bazı sıkıntılar oluşturmaya başladı. Bunun için de çalışmalar yaptık.”

Erişim kategorisinde yaşanan ve 5 tema (hizmete erişim, finansman, yönlendirme-danışmanlık, veri kayıpları/yazılım eksikliği) altında gruplandırılan soru 7 ifade toplam 71 kez tekrar edilmiştir. Erişim kategorisi altında en sık tekrarlanan konu USB hizmetlerinin finansmanı konusudur. Buna göre, özel engelli bakım merkezlerinde kalan engellilerin ücretleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Özel huzurevleri ise cepten

ödemelerle finanse edilmektedir. Özel huzurevlerinin ücretleri ile ilgili olarak bir özel yaşlı bakım merkezi yöneticisi şunları söylemiştir:

“Özel huzurevleri olarak biz özel engelli bakım merkezleri gibi devletten ödeme alamıyoruz. Biz doğrudan parayı ailelerden alan bir kurumuz. Ancak, hizmet çeşitlendikçe, fiyatlarımız artıyor ister istemez. Bir doktor yerine beş doktor çalıştırıyorsan fiyatın ona göre otomatikman artıyor ve aile de “babamın/annemin emekli maaşını çok aşıyor” demeye başlıyor. Şu an birçok huzurevi emekli maaşını çok aşan ücretler talep ediyor. Kuruluşa gelip, gezip “ya benim param yetmiyor buraya” deyip, giden çok fazla aile ile karşılaşyoruz artık.”

Görüşmeciler tarafından sıklıkla dile getirilen bir diğer konu ise emekli memurların bakım ihtiyacının zamanında giderilememesidir. Eski bir Bakanlık uzmanı ve şu an özel bir yaşlı bakım merkezi yöneticisi konu ile ilgili şunları söylemiştir:

“Şimdi iki Alzheimerlı hasta var. Biri emekli devlet memuru, diğeri devlete hiç prim ödememiş, üzerine kayıtlı hiç malı mülkü yok. Bu ikinci hasta 2828 sayılı yasanın ek 7. Maddesi kapsamında, masrafları devlet tarafından karşılanmak üzere koruma altına alınıp kurum bakımına yerleştirilebiliyor. Ama ilk hastaya “Senin maaşın var” deniyor. “Sen benim kapsamım dışındasın” deniyor. Şimdi o adamın aldığı, ödediği vergilerle, yatırdığı primlerle sen kimsesize bakıyorsun. Peki o adamın hakkı ne olacak? Emekli Sandığı Kanunu’nda yazıyor. Ek 41’inci ve 42’inci maddesi bugün bile yürürlükte. Bu kurumlara açmak, işletmek, bakmak, protokol yapmak Emekli Sandığı’nın temel görevlerinden birisi. Kendi mensuplarına bu işi yapmakla mükellef.”

Başka bir özel yaşlı bakım merkezi yöneticisi de emekli devlet memurlarının USB ile ilgili yaşadığı mağduriyetleri şöyle ifade etmiştir:

“Şu an birin dördünden emekli olan bir devlet memurunun emekli maaşı hiçbir huzurevine yetmiyor. Ve o devlet memuru minimum otuz sene otuz beş sene bu ülkeye hizmet vermiş. Kimler rahat bakılıyor? Meclis emeklileri rahat ediyor, kalabiliyor. Asker emeklileri onlar da Oyak’tan emekli oldukları için çift emeklilik hakları olduğu için rahatlar. Banka emeklileri, üst düzey emekli oldukları için rahat ediyor. Ama onun dışında normal bir memur emeklisi, bir öğretmen emeklisi, polis emeklisi bunlar çok zorlanıyorlar kurumların ödemelerini yapmakta. Genellikle evler satılıyor, çocuklardan destek alıyor vs... Ve bu hizmet uzun soluklu bir hizmet. Yani bir günlük bir hizmet değil. Çok uzun süre alınan bir hizmet. Kimi on sene kalıyor, kimi beş sene kalıyor, yirmi sene kalıyor. Ve bunu finanse edebilmek çok zor.”

Kurumsal bakımın yükü kategorisinde 2 tema (profesyonelleşme ve bakım destekleri) altında toplanan 3 sorun ifadesi 22 kez tekrarlanmıştır. Görüşmelerde evde bakım hizmetlerinin gelişmemesi ile profesyonel bir şekilde sunulmamasının ve mevzuatlardaki bazı ifadelerin kurumların bakım yükünü arttırmasından bahsedilmiştir. Ayrıca, refakatçi sorunundan da bahsedilmiştir. ASHB’de bir uzman, Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili şunları ifade etmiştir:

“Aile Bakanlığı tarafından evde bakım hizmeti engellilere veriliyor, evde bakım aylığı olarak. Bakanlığın yaşlılara böyle bir hizmeti yok. Belediyelerin verdiği hizmetler var, onlar da çok sınırlı sayıda. Yalnız evlere temizliğe falan gidiyorlar ve verilen hizmetler bu haliyle yetmiyor.”

Görüşmeler sırasında USB alanında yaşanan sorunlar arasında ailelerin evde bakım aylığı almasının uygun olup olmadığını, alıyor ise bu hizmetin devam edip etmeyeceğine ASHB il müdürlüklerine bağlı denetim amaçlı heyetlerin karar verdiği, ancak bu heyetlerin çalışma usulü ve evde bakım denetleme standartları konusunda ciddi sorunlar olduğu belirtilmiştir. Evde bakım heyetleri ile ilgili geçmişte bu heyetlerde görev almış bir kuruluş yöneticisi şunları ifade etmiştir:

“Rehabilitasyon, kişi fonksiyonel olarak bağımsızlaşsın, kimseye bağımlı yaşamamasın diye yapılan uygulamalardır. Burada amaç kişinin var olan potansiyelini açığa çıkarıp mümkün olduğu kadar bağımsız bir hale getirmektir. Heyetlerin de bu şekilde çalışması lazım normalde. Yani, aileyi değerlendirirken ailenin ekonomik durumuna, bilgi düzeyine ve engelliye verdiği bakıma bakmak gerekir. Aileye destek verilecekse hangi konuda destek vermek lazım? İlla maddi destek mi vermek lazım? Yoksa basit bir bakım hizmetinin desteklenmesi ile iş çözülebilir mi? Ya da maddi kazanç sağlayabilecek, çalışabilecek durumda da biz ona rağmen mi destek veriyoruz? Bunları iyi tespit etmek lazım. Ancak, burada ailenin gelirine bakılıyor. Ailede gelir toplamına bakıldığında asgari ücretin üçte ikisi oranında kişi başına gelir varsa, bu kişi evde bakım parasını alamayacak. Ama bu rakamın bir lira altındaysa alabilecek. Mesela 401 liraysa alamayacak, 399 liraysa alabilecek.”

Görüşmelerde evde bakım aylığının bağlanması süreci ve denetiminde net standartların olmayışı da eleştirilmiş ve il müdürlüğünde bir yönetici konu ile ilgili şunları söylemiştir:

“Evde bakım hizmetlerini ve bakım vereni denetleyecek bir standardımız yok. Neye göre denetleyeceğiz? Engellinin ya da yaşlının haftada bir defa tırnağını keseceksin, haftada iki defa banyosunu yaptıracaksın, gerekiyorsa günde dört defa bezini değiştireceksin gibi huzurevinde verdiğimiz bakım hizmetini onların da evde vermesini bekliyoruz. Ama bunu evde nasıl denetleyeceğiz? Diyelim ki banyo yaptırmamış, “Dün banyo yaptırmıştım. Yarın banyo yaptıracağım” dese ne diyeceğiz? İşte tırnağı kesilmemiş. “Bir hafta yarın doluyor, yarın keseceğim” dese ne diyeceksiniz? Böyle bir denetleme olmaz. Bizim denetlediğimiz şey; maddi durumunda bir değişiklik var mı? Ya da aynı adreste mi oturuyor? Çünkü adres değişikliğini, bildirmesi lazım bize. İşte evdeki nüfusta bir artış olursa ya da azalma olursa yani ölüm veya doğum varsa ya da askere gitme gibi bir durum varsa bize bildirmesi lazım. Ya da bir işe giren olursa bize bildirmesi lazım. Biz denetlerken bunu denetliyorduk daha çok. Çünkü verilen bakımı denetleme durumu pek

mümkün değil. Raporlar iki yıllıksa; raporlar yenilenmiş mi yenilenmemiş mi? Evde bakım denetiminde baktığımız kâğıt üstü şeyler oluyor.”

Kurumsal bakımın yükü konusunda özel huzurevlerinin bağlı olduğu mevzuattan kaynaklanan sorunların, kurumların bakım yükünü artırmasından bahsedilmiştir. Bu sorunlardan biri, yaş onayı ve geçici yaşlı konusudur. Yaş onayı ile ilgili Bakanlıkta uzman olarak çalışan bir katılımcı şunları söylemiştir:

“Yaş onayı konusu önemli. Yönetmelik diyor ki, “evde bakım falan zorsa kurum bakımına yaş onayıyla alınır” diyor. Ama bu yaş onayının standardı, yaş sınırı yok. Yani şimdi siz oraya 20 yaşındakini de alabilirsiniz 30 yaşını da 50 yaşını da alabilirsiniz. Mesela MS hastaları yatağa bağımlı hale geldi diyelim. Genel müdürlükten yaş onayı alarak özel huzurevine yatırılı yapılabilir. Bu da ara kurumların Türkiye’de olmamasından dolayı kaynaklanan bir sıkıntı. Yani, bakım hizmetlerinin birbirleriyle entegre bir şekilde tasarlanmamasından kaynaklanan bir sıkıntı”.

Aynı kişi tarafından özel huzurevlerinde zorunlu olan geçici yaşlı uygulaması şu şekilde anlatılmıştır:

“Özel huzurevlerinin kontenjanlarının %3’ü ücretsiz olmak zorunda. Yani il müdürlüğü buralara ücretsiz yaşlı yerleştirebilir. Mesela hastaneden 183’e ihbar geldi. “Burada bir yaşlı var, yakınları almıyor. Gelin alın”. Biz bu kontenjanı onlar için kullanıyoruz. Acil bakım gerektiren durumlar için ama bu geçici süreli bir çözüm. Uzun vadede bunu çözmek için istasyon merkezler olmalı.”

Derinlemesine görüşmelerde üzerinde durulan konulardan bir diğeri de 60 yaş üstü şiddet mağduru kadınların şiddet önleme merkezlerinin kabul şartlarına uygun olmadığı için bu merkezlerden faydalanamamaları ve yaşlı/engelli yatılı bakım merkezlerine yerleştirilerek kurumun iş yükünü arttırmaları konusudur. Bu durum, alandaki bir yönetici tarafından şöyle açıklanmıştır:

“Özellikle bize 183’ten ihbarlar geliyor. 183 bize diyor ki “Kadın yaşlı var”. “61 veya 62 yaşında şiddete uğramış” diyor. “Bunu alın”. Biz de diyoruz ki “kadın şiddete uğramışsa bunu kadın birimine bildirin”. Onlar da diyor ki “kadın birimi 60 yaşın üstündekileri alamıyor, yönetmelikleri öyle diyormuş”. Yani şiddet mağduru kadın 60 yaş üstünde ise kurum bakımına ihtiyacı olmadığı halde biz onu kadın sığınmaya göndermek yerine huzurevine almak zorunda kalıyoruz. Çünkü kadın sığınmaya kabul 60 yaşına kadar.”

USB hizmetleri konusunda yönetici ve uzmanlarla yapılan görüşmelerde, USB hizmeti sunan kuruluşlarda kurumsal bakımın iş yükünü artıran başka bir sorun da refakatçi desteği sorunu olarak ifade edilmiştir. Konu ile ilgili bir huzurevi yöneticisi şunları söylemiştir:

“Yaşlı hastaneye gittiği zaman hastaneye yatış yapıldığında bizden refakatçi isteniyor. Sayılı olan bakım personeli ile biz refakat hizmetini de aynı zamanda vermek durumunda kalıyoruz. Böyle olunca kurumsal bakımda verilen hizmet aksıyor.”

Refakatçi desteği sorunu konusunda kamuya ait bir engelli bakım merkezi yöneticisi de şunları ifade etmiştir:

“Normalde 12 kişinin yaşadığı bir evde (engelsiz yaşam merkezi kastediliyor) 2 ya da 3 personelimiz kalmakta. O gün içinde bir engellimiz hastalanır da hastaneye giderse 1 personelimiz engelliye refakat edip hastaneye gitmekte. Ve ne oldu? 12 kişiye bakacak 2 kişi kaldı. “İnşallah hastaneye yatan olmaz” diye dua ediyoruz. Çünkü hastaneye yatan 1 kişi için biz 3 tane eleman vermek durumundayız. Neden? 24 saati düşündüğünüzde 1 kişi 24 saate gidiyor, diğer 2 kişi dinleniyor. Ertesi gün 24 saate 1 kişi daha, 1 kişi daha... Çünkü fazla çalıştıramıyorsunuz.”

USB hizmetlerinde uzmanlaşmış bakım hizmetleri kategorisinde yer alan 5 sorun ifadesi, 2 tema (karma kuruluşlar ve özel önlem gerektiren durumlar) altında gruplandırılmış ve görüşmeciler tarafından toplam 55 kez tekrar edilmiştir. Özellikle karma kuruluşlar konusu, görüşmeciler tarafından en sık tekrarlanan konulardan biri olmuştur.

Sağlıklı yaşlıların ve bakım yaşlıların bir arada bakıldığı kuruluşlarla, engelli ve yaşlıların bir arada bakıldığı kuruluşlar görüşmeciler tarafından “karma kuruluşlar” olarak adlandırılmıştır ve karma hizmet veren kuruluşlar USB’da temel sorunlardan biri olarak değerlendirilmiştir. Karma kuruluşların fiziki yapısı ve buralardan hizmet alanların duygu durumları ve yaşadıkları ile ilgili bir resmi huzurevinin yöneticisi şunu söylemiştir:

“Çoğu huzurevi karma bir yapıya sahip. Hem huzurevi, hem rehabilitasyon merkezi hem de bakım evi şeklinde üç hizmet aynı bina altında yürütülüyor. Öyle olunca hangi modele uygun fiziki yapı tasarlayacaksınız? Yani, hangi hizmet verdiğiniz yaşlı profiline uygun bir bina yapacaksınız? Bu karmaşa yaratıyor. Bir diğer husus şu; bizim palyatif bakım gibi bir özel alanımız yok. Ama palyatif bakım gerektiren yaşlıları da biz huzurevimize, bakım evimize almak durumundayız ve USB vermek durumundayız. Aynı çatı altında olması sakıncalı palyatif bakımın. Palyatif bakım ayrı bir alan hospis ayrı bir alan. Ama kuruluşlar aynı anda aynı personelle aynı binada tüm bakım türlerini vermek zorunda kalıyor. Bu durum bizi de yaşlıyı da çok zorluyor. Çünkü yaşlı geleceğini gördüğünü düşünüyor; “işte ben de gelecekte böyle olacağım” endişesi yaşıyor. Açıkçası, bu endişe yaşam kalitesini de yaşam doyumunu da düşürüyor. Yani çünkü “ben gelecekte böyle olacaksam niye yaşıyorum” noktasında oluyor.”

Bu ifadenin yanında başka bir resmi huzurevi, bakım ve rehabilitasyon merkezi yöneticisi de şunu söylemiştir:

“Yaşlı kuruluşa, huzurevi yaşlısı olarak geliyor, sonra rehabilitasyon yaşlısı oluyor ve sonra birden bakım yaşlısına dönüşüyor. Yani şimdi biz bu yaşlıyı ne yapacağız? Huzurevi yaşlısı olarak kabul etmişiz.” Atıyorum kalça kırığı

oluştı. “Ya sen artık rehabilitasyon yaşlısısın, bizim burada kalamazsın seni başka bir yere nakledeceğiz” demek olmaz. O zaman böyle travma sonrası oluşabilecek ağır bakım gerektiren durumları da düşünerek kuruluş binalarını planlamak lazım. Ya da kademeli bir bakım hizmet modeli geliştirmek lazım.”

Görüşmeler sırasında bu durumun sadece resmi merkezlerde değil özel merkezlerde de yaşandığı görülmüştür. Konu ile ilgili özel bir yaşlı bakım merkezi yöneticisi şunları söylemiştir:

“En büyük problemlerden biri huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinin birlikte ele alınması ve aynı çatı altında ikisine birden hizmet veriyor olmamız. Çünkü bir tarafta sağlıklı huzurevi yaşlılarımız var. Hem mental anlamda hem fiziki anlamda sağlıklı yaşlılarımız var. Bir tarafta da mental anlamda çok sağlıklı olmayan Demans ve Alzheimer, Parkinson hastası olan veya yatağa bağımlı olan hastalarımız, yürüyemeyen hastalarımız var. Onlar ister istemez aynı çatı altında hizmet alıyorlar. Tamam katlarını, odalarını vs. ayırıyoruz, ona göre düzenlemeler yapıyoruz ama ister istemez her kurumda ortak alanları birlikte kullanıyorlar. Yani yemekhanede birlikteler, işte oyun salonlarında, etkinlik odalarında sürekli bir aradalar. Ve sağlıklı yaşlılar bu durumdan olumsuz etkileniyorlar. Sürekli olarak “ben de mi ileride böyle olacağım”, “ben de mi yürüyemeyeceğim”, “ben de mi her şeyi unutmaya başlayacağım” diye düşünmeye başlıyorlar.

Bu durumda sağlıklı yaşlıların yaşadığı ve yaşattığı başka bir sorun ve buna yönelik çözüm önerisi il müdürlüğündeki bir yönetici tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“Öncelikle huzurevi ve yaşlı bakım merkezinin bina olarak ayrı olması gerekiyor. Çünkü huzurevlerine gelen sağlıklı yaşlı bakım yaşlılarına baktığı zaman “ben de böyle olacağım” endişesini yaşadığında mutsuz oluyor. Bu mutsuzluğa bağlı olarak huzurevlerinde en çok sorun çıkaran sağlıklı yaşlılar oluyor. Bize gelen sorunlar arasında, sağlıklı yaşlıların sorunu çok fazla.

“Çok fazla ben o huzurevinde kalmak istemiyorum. Şuraya gideceğim, buraya gideceğim”. Sürekli yer değiştirmek istiyorlar. Bunun için kesinlikle ayrılması lazım. Yani yönetmelikleri bile ayrı olması lazım.”

Kuruluş binalarının fiziki yapısının bakım hizmetlerinin uzmanlaşmasına etkisi ile özel önlem alınması gereken durumlarla ilgili bir kamu kuruluşu yöneticisi şunları söylemiştir:

“Bizim en temel sorunlarımızdan birisi de kuruluşlarımızın fiziki yapısı. USB’a aldığımız yaşlılar genelde Alzheimerlı yaşlılar. Ve Alzheimerlı yaşlılara uygun fiziksel ortam yaratmak da zor. Uzmanlaşmış bakım gerektiren bir alan orası. Huzurevi olarak planlanmış olmasına rağmen huzurevleri Alzheimerlı yaşlılar için uygun değil. Yani öyle bir mimari özelliğe sahip değil, özellikle resmi huzurevleri uzmanlaşmış bakım için uygun değil. Tuvalet banyoyu kullanamayacak yatağa bağımlı yaşlılar için odaya tuvalet banyo konuluyor. Öte taraftan aktif olan huzurevi yaşlılarının kaldıkları odalarda tuvalet banyo olmuyor; bu yaşlılar toplu tuvalet ve banyoları kullanıyor. Tam bir plansızlık. Aynı zamanda Alzheimer bakımında ışıklandırma, aydınlatma çok önemli. Uzman bakım gerektiren alanların mimari yapısının da buna uygun olması gerekir.”

Uzmanlaşmış bakım konusu ile karma kuruluşların ilişkisine bakıldığında, özel engelli bakım merkezlerinde engelli raporu ile yaşlı engellilere bakıldığı, öte yandan engelli bakım merkezinde kalması gereken ancak yer sorunu nedeniyle cepten ödemeler ile Bakanlık onayına istinaden özel huzurevinde kalan engellilerden bahsedilmiştir. Konu ile ilgili özel bir kuruluş yöneticisinin ifadeleri şu şekildedir:

“Özel engelli bakım merkezlerinin şöyle bir durumu var. Özel engelli bakım merkezini açabilmek için binanızı, her şeyinizi ayarladığınızda Bakanlığa başvurduğunuz zaman o şehrin engelli sayısı ve nüfusu baz alınarak açılması sağlanıyor. Bu durumda Ankara için üç engelli bakım merkezi yeterlidir. Böyle olunca özel engelli bakım merkezleri tam kapasite ile çalışıyorlar. Boş yerleri olmuyor. Hal böyle iken Ankara’da yaşayan ve engelliye sahip bir

aile, engellisini engelli bakım merkezine vermek isteyince başka şehirlerde engelli bakım merkezi aramak zorunda kalıyor. Eğer aynı ilde olmasını istiyorsa engelli için özel huzurevlerini tercih ediyor. Yani biz özel huzurevleri Bakanlıktan onay alarak bir engelliye huzurevine alabiliriz. Bu hizmet kargaşası yaratıyor. Ama isteyen herkes özel huzurevi açabiliyor. Parası olan herkes... Ankara ili için söyleyeyim otuzdan fazla özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezi var. Bu kuruluşlar nasıl dolacak? Kurumu doldurmak için engelli de kabul edilebiliyor.”

Konu ile ilgili bir diğer başka özel kuruluş yöneticisinin ifadesi de şu şekildedir:

“Engelli bir Alzheimer hastası özel huzurevlerinde kalabiliyor, engeli raporu alıp da engelli bakım merkezinde de kalabiliyor. Engelli bakım merkezi devletten destek aldığı için daha uygun fiyatlı oluyor. Ve aile doğal olarak huzurevini tercih etmek istemiyor, engeli bakım merkezine götürüyor yaşlısını. Engeli bakım merkezinin en büyük handikabı da yaş sınırlaması yok. On sekiz yaşından doksan dokuz yaşına kadar olan herkesi alabiliyor. Bu çok karma bir hizmet. Özel huzurevleri kırklı ellili yaşlarda bakım ihtiyacında olan kişilere bakanlıktan özel onaylar alarak bakabiliyor. Ancak bunu geçici bakım hizmeti olarak sunduğunu belirtiyor. Yani özel huzurevleri Bakanlık onayına göre engelliye bakıyor ancak özel engelli bakım merkezleri engelli raporu olan her yaştan kişiye bakım hizmeti veriyor.”

Bu noktada engelli raporları ile ilgili bir STK yöneticisi şunu söylemiştir;

“Artık şu an bir şeker hastası da engelli raporu alabiliyor. E bu kişi insülinini kendi yapabiliyor, oral yoldan diyabet ilaçlarını alabiliyor ama engelli raporu da oluyor. %99 yatağa bağımlı olan birey de engelli olarak kabul ediliyor. Ya da çok ağır bir şizofreni de engelli olarak kabul ediliyor. Ama engellilik yüzdelik olarak ifade edilecekse o noktada kişinin GYA’nde ne derece bağımlı olduğuna da bakılmalı. Sadece hastalık tanıları üzerinden engellilik tanımlanamaz. Mesela gelişmiş ülkeler engelliliği tanılamada ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health) kriterlerini kullanıyor. Bizim de böyle bir sisteme geçmemiz gerekiyor.

Başka bir STK yöneticisi de engelli raporları temel alınarak USB hizmeti sunulmasını şu şekilde eleştirmiştir:

“Raporun neye göre verildiği çok belli değil. Çünkü görme engelli bir insana yüzde yüz engelli diye rapor verilebiliyor. Oysaki görme engelli; evet yüzde yüz görme engelli ama birçok işini bağımsız yapabiliyor. İşe gidiyor, bakanlıkta uzman var, yönetici var. Öte taraftan gerçekten GYA’nde bağımlı bir kişi ama tanısı uygun görülmediği için kısmi engelli olarak tanımlanıyor ve devletin sunduğu hizmetlerden kısmi olarak yararlanıyor ya da hiç yararlanamıyor.”

USB bakım alanında yaşanan sorun alanlarından biri olan hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler kategorisinde yer alan ifadeler, 5 tema (sağlık çalışanları, rol karmaşası/standartlar, iş doyumu, iletişim problemleri, şiddet ve istismar) altında gruplandırılmıştır. 7 sorun ifadesinin yer aldığı hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler kategorisindeki ifadeler, toplam 71 kez tekrar edilmiştir.

Görüşmelerde sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin USB hizmetlerine yönelik bilgi düzeyleri de USB alanında yaşanan sorun alanlarından biri olarak ele alınmıştır. Konu ile ilgili hekim kökenli bir Bakanlık yöneticisi şunları söylemiştir:

“USB olayı koruyucu hekimliğin olmazsa olmazı. Şu anda Türkiye’de hiçbir planı programı olmayan, her kurumun kendine göre değişik şekillerde hizmet geliştirdiği veya her hastaya göre farklı modellemeler geliştirdiği bir tarzda gidiyor. Hasta yakını durumu bilmiyor. Sağlık profesyonelleri de hasta yakınlarına nasıl bir şey önereceğini bilmiyor.”

USB hizmeti sunan merkezler ile sağlık profesyonelleri arasında yaşanan sorunlar özel bir kuruluş yöneticisi tarafından da şöyle ifade edilmiştir:

“Sağlık profesyonelleri için USB denince tedavi edici hizmetlerle eşdeğer bakım hizmetleri anlayışı hâkim. Hastanelerimizde bakım hizmeti ayağı eksik. Onlar tedavi öncelikli baktıkları için, bakımı hep geri planda tutuyorlar. Hastanelerde hemşirelerin bakımla ilgilenecek zamanları yok. Bu konuyla ilgili eğitimleri olsa bile, uygulamaya zamanları yok. Doktorların bu konuda bilinçleri yok. Basit bir örnek vereyim; özel hastaneye gönderdiğim bir hastama uygulanan yoğun bakımdaki bakımı gördüm. Yoğun bakım hizmetleri adı üstünde yoğun verilecek hizmetler ve hastamda üçüncü günde yatak yaraları başladı. “Şikâyetçi olacağımı söyledim ve çabuk servise alınması gerektiğini...” çünkü hayati fonksiyonları stabil hale gelmişti ve yoğun bakımdaki süresi uzamıştı. Ancak, özel hastaneler yoğun bakımda kalınan süreler için fahiş ücretler çıkarıyor. Servise çıkarmalarını istedim ve ben bakım personelim ile hastanede bakımını sağladım. Yatak yaralarını iyileştirdim. Aynı şeyi üniversite hastanelerinde de devlet hastanelerinde de yaşadık. Sebebi şu; birincisi hastane personeli bu konuyla ilgili ihtisas sahibi değil. Yeterince temizlik yapılmıyor. Hastaların pozisyonlarına dikkat edilmiyor. Hastaların özellikle idrarları ya da gaitaları uzun süre bekletiliyor. Muntazam temizlenmediği için de mutlaka enfekte olması, yatak yarası oluşması mümkün oluyor. Hele aynı pozisyonda yatırılan hastalarda daha hızlı yara açılıyor.”

Kamuya ait bir engelli bakım merkezi yöneticisi de sağlık profesyonelleri ile yaşadıkları iletişim problemlerinin sonuçları ile ilgili şu vakayı paylaşmıştır:

“Uzman doktorlara ihtiyacımız var, pratisyen hekimler rutin şeyleri yapıyorlar. Fakat bizim muhakkak bir nöroloğa, psikiyatriye sürekli olabilecek şekilde doktorlara ihtiyacımız var. Psikiyatriye özellikle ihtiyacımız var. Çünkü bizim gerçekten psikiyatrik ağır vakalarımız var. Bipolar olan vakalarımız, şizofren vakalarımız var. Bunları takip eden doktorun tek olması gerekiyor. Bizler bu tür engellilerimizi ya da psikiyatrik ilaç kullananları hastaneye götürdüğümüzde her seferinde başka bir doktor görüyor onları. Ve her seferinde yeniden kendimizi anlatıyoruz. Bu konuda

da biz birkaç uygulama yaptık. Bir doktorla çok ağır bir vakamız vardı. Uzun erimli çalıştık. Burada görüntülerini aldık, götürdük. Kendisine zarar veren bir vakamızdı. Kastlar falan takıyorduk ve doktorun –tek doktorun takibi, bizim bilgilendirmelerimizle, ilaçlar düzenlendi ki engellimiz kendine geldi. Vurması azaldı. Verilen basit direktifleri almaya başladı ve bu bizim için çok iyiydi. 2 yıl böyle geçti. Ama ne oldu? Bu engellimizin gözle ilgili bir rahatsızlığı oldu. Hastaneye götürdük. Hastane dedi ki “biz bunu ameliyat etmek zorundayız”. Görmekle ilgili sıkıntısı onu rahatsız etmiyordu, bunaltmıyordu. Bunu anlatmaya çalıştık. İhmalkarlıkla suçlandık. Sonuçta bu engelli ameliyat oldu. Narkozu almasıyla, ilaçlarının değişmesiyle beraber şu anda daha önceki durumundan daha ağır vaka durumunda ve yatağa bağlanarak yaşatılmaya çalışılıyor. Bazen doktorlara derdimizi anlatamıyoruz. Dedik ki “bu engelliye ameliyat etmeyin”. “Ameliyat sonrası süreçleri bu engelliye olumsuz etkileyecektir” dedik. “Hayır” dedi doktor “biz bunu yapmak zorundayız” dedi. Ve bizim dediğimiz oldu. Pek çok zaman karşıdaki doktora kendimizi ifade edemiyoruz, anlatamıyoruz. Ve sonuçlarına onlar değil, biz katlanıyoruz.”

Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanları ve USB ihtiyacı olan kişilerin yakınları arasında yaşanan sorunlardan da bahsedilmiştir. Hekim kökenli bir Bakanlık yöneticisi konu ile ilgili şöyle bir sorundan bahsetmiştir:

“Uzun süreli bakım gerektiren hasta yakınlarıyla sağlık profesyonelleri arasında devamlı büyük bir gerilim yaşıyor. Aile USB hastasını hastanelerin acillerden bir şekilde hastaneye sokmaya çalışıyor, olmayınca olay çıkarıyor. Halbuki hastanın acillik hiçbir durumu yok.”

Birincil bakım verenler denince ilk akla gelen meslek grubu olan bakım elemanlarının çalışma şartları, iş doyumları ve mesleki yeterlilikleri konuları, görüşmelerde sıklıkla dile getirilen konulardan olup konu ile ilgili dikkat çekilen hususlar aşağıda paylaşılmıştır.

Bakım elemanlarının çalışma süreleri konusunda il müdürlüğünde yönetici olan bir sosyal çalışmacı ise şunlara dikkat çekmiştir:

“Bir dönem “bakım elemanları haftada kaç saat çalıştırıyorlar?” diye baktık. Resmi kuruluşlarda bakım elemanlarının çalışma süreleri titizlikle düzenleniyor. Ama özellerde bir baktık ki 72 saat, hatta 90 saate kadar çalışanlar var. Normalde 45 saat olmalı. Bunun üzerine Özel Huzurevi Yönetmeliği “3 vardiya şeklinde” diyor, “sekizer saatlik vardiyalar” şeklinde çalıştırılmaları için değiştirildi. Ama bakım elemanları vardiyalı sistemden mutlu değil. Ancak, bu onları korumak için önemli.”

Bir bakanlık yöneticisi ise bakım elemanlarının iş yükü ile ilgili şunları söylemiştir:

“90’lı yıllarda 45 engelliye bir tane bakım elemanı düşüyordu. Düşünün... Altıları değişecek, yemekleri yedirilecek, haftada iki banyo yapılacak. Bugün, her vardiyada 6 engelliye 3 bakım elemanı var. Emek yoğun bir sektörde hizmet veriyoruz. Özel bakım merkezlerinde de 3’te 1 şartını getirdik. Yani bir diyelim 60 kapasiteli bir merkez varsa özel bakım merkezi, 20 tane bakım elemanı çalıştırmak zorunda. Çünkü bakım işi çok zor ve ağır bir iş.”

Yarı yapılandırılmış görüşmelerde özel bir huzurevi yöneticisi ise vardiyalı sistem, nitelikli personel ve bakım işinin zorluğunu şu şekilde ifade etmiştir:

“Nitelikli eleman bulma konusu huzurevleri için en önemli problemlerin başında gelir. Çünkü biz vardiyalı çalışıyoruz. Ve vardiya sisteminde de ülkemizdeki kadınlar evli, çocukları varsa çalışmak istemiyorlar açıkçası. Çünkü gerçekten bu alan çok zor. İnsanlar belirli bir süreden sonra dayanamıyorlar ve özellikle bizim buralardan işten ayrılmaların başında her personel şunu söylüyor, “ben artık daha fazla dayanamıyorum.”

Bakım işinin zorluğu ve personel üzerinde yarattığı olumsuz etki ile ilgili kamuda görevli bir kuruluş yöneticisi de şunları söylemiştir:

“Gönül bağı kurmuş olduğun insanlar belirli bir süre sonra vefat ediyorlar. Bu eğri hiçbir zaman iyiye doğru gitmiyor. Hep böyle negatife doğru giden bir eğrimiz var. Bu da ister istemez insanları bu işe girmeleri konusunda isteksiz yapıyor.”

Benzer şekilde konu ile ilgili il müdürlüğünde bir yöneticinin ifadeleri de şu şekildedir:

“Fiziksel anlamda çok güzel huzurevleri olabiliyor ama işte personelle ilgili sıkıntı olduğunda o hizmet aksıyor. Meslek elemanlarının ve bakım elemanlarının ekonomik yönden ihtiyaçlarını gidermediğinizde onların verdikleri bakım azalıyor. Bu insanlar ağır bir iş yapıyor. Bu işin psikolojik zorlukları da var. Bir de özelde genelde asgari ücretle ya da az ücretle çalıştırıyorlar ve çalışma saatleri uzun oluyor. Siz ne kadar denetleseniz de işte denetim sonrasında çıkan aksaklıkları Sosyal Güvenlik Kurumu’na bildirseniz de bu sorun tam anlamıyla çözülmüş olmuyor.”

Kalitatif görüşmelerde USB alanında çalışanların yaşadığı zorluklardan biri de şiddet olarak ifade edilmiştir. Bu konu ile ilgili ifadelerden biri şu şekildedir;

“Çok ağır vakalarla uğraşıyoruz. Bir vakamız, psikiyatrik vaka; pencere camını kırdı. Kırdığı camla doktorumuzun şah damarını kenarından kesti ve doktorumuzun hayati riski söz konusu oldu. Burada birçok personelimiz dayak yiyor ve ısırılıyor. Ben bile bir hizmet alan tarafından ısırıldım. Kuduz ve sarılık aşısı oldum. Karşımdakinin psikiyatrik bir vaka olduğunu biliyordum. Tolere ettim ama şiddete uğruyoruz.”

Görüşmelerde USB alanında çalışacak meslek gruplarının uygulamalı eğitimlerinin yetersizliği ile ilgili bir kamu kuruluş yöneticisi şunları ifade etmiştir:

“Pek çok üniversiteden meslek elemanları yetişiyor. Gerontologlar, Sosyal Hizmet Uzmanları, Çocuk Gelişim Uzmanları, Psikologlar, Fizyoterapistler

vs. ama bunlar okurken USB ile ilgili uygulamalı eğitimi yetersiz alıyorlar, bu kurumlarda staj yapma zorunlulukları yok pek çoğunun. Ama hepsi devlet memuru olup buralara gelmek istiyor. Nasıl olacak? Geçen bir üniversiteyle protokol yapıp buraya stajyer göndermelerini sağladık. Çocuklar korkup dışarı çıkıyorlar, gruba girmek istemiyorlar. Niye? Ay Ürktük, ay korktuk. E KPSS'yle buralara atanmak istiyorsunuz. Nasıl olacak diyorum.”

Yapılan görüşmelerde özellikle kuruluş yöneticileri tarafından yaşlı bakım teknikerliği bölümlerinden mezun olanlar ve sonradan sertifika alarak bakım elemanı olanlar konusunda yaşanan sorunlardan bahsedilmiştir. Yaşlı bakım teknikerliğinden mezun olanlar ile ilgili aynı zamanda bir STK yöneticisi de olan özel bir huzurevi yöneticisi şunları söylemiştir:

“Yaşlı bakım teknikerliği bölümü öğrencilerine özbakım hizmetlerini nasıl yapacakları bu bölüm akademisyenleri tarafından pek verilmiyor anladığımız kadarıyla. Çünkü çocuklar hasta ve yaşlı bakım bölümünde okurken, huzurevinde ya da bakım evinde değil de bir hastanede bir hemşirenin yanında tıpkı bir hemşireymiş gibi staj görüyor. Aslında onların bir huzurevinde, bir yaşlı bakım merkezinde, bir engelli bakım merkezinde yaşlı ile engelli ile temas edip, öz bakım yapıp, işte bir sakal tıraşını yapıp, pozisyonlama yapıp bunların neden önemli olduğunu anlaması lazım. Yaşlı bakımından mezun kişi “ben şu hastanede staj yaptım. Ben damar yolu açabiliyorum. Serum takabiliyorum” diye bize geliyor. “Siz hemşire değilsiniz” diye anlatmaya başlıyorum. “Sen bakım elemanısın. Öz bakım yapman gerekiyor. Yemeğini yedirmen gerekiyor. İşte banyosunu düzgün yaptırman gerekiyor. Yani, hastayla ilk temasta olabilecek kişi senin olman gerekiyor.” diyorum. Ama onlar genellikle, mesleklerini ilaç veriyim, ardından tansiyonuna bakayım vs. gibi böyle birazcık hemşirelik ile karıştırıyorlar. Yaşlı bakım bölümünden mezun olanlar özbakım vermek istemiyor. Ben yaşlı bakım koordinatörü olarak çalışmalıyım diye geliyor.”

Yapılan görüşmelerde sertifikalı bakıcılar ile ilgili yaşanan sorunlar konusunda bir kamu kuruluşu yöneticisi tarafından şunlar ifade edilmiştir:

“Sertifikalı bakıcıların eğitim ve sosyo kültürel seviyeleri birazcık daha düşük oluyor. Bu sertifikalar bazen eğitime gitmeden bile veriliyor. Hiçbir şekilde kişi ile temas etmeden elinde bir sertifika ile geliyorlar bazen. “Sertifikam var” diyor. Bu yüzden bizim için sertifikası olmasa bile bir huzurevinde uzun yıllar çalışmış ve tecrübeli ise bu eleman sertifikalı elemandan çok daha kıymetli oluyor. Çünkü işi bilir, düzeni bilir, ne yapması gerektiğini bilir.”

Aynı konuyla ilgili başka bir kamu kuruluşu yöneticisi şunları söylemiştir:

“Mesela pozisyonlama neden önemli anlamıyorlar. Yatak yarısı açılmayacak, şu olmayacak, işte pegli hastalarımız var diye anlatıyoruz. Yatağa bağımlılar günde en az iki saat otursun hem solunumu için hem kasları için diyoruz. Ama bunun önemini kavrayamıyorlar. Ne olacak kalkınca diyorlar.”

Yine sertifikalı bakıcılar ile ilgili özel bir huzurevi yöneticisi şunları söylemiştir:

“Yaşadığımız en büyük problemlerden biri, pek çok bakım evi de yaşıyordur muhtemelen bunu. “Neden başını dik açığa alarak yedirmem gerekiyor ki?”. “Çünkü aspire edersin” dediğimiz zaman; “tamam da bir sıkıntısı yok bir kâse tabağı yedi. Yatarak da yiyebiliyor”. Ama işte bizim anlatmak istediğimiz şeyler bu değil. İşte biz bunlardan yana çok sıkıntı yaşıyoruz.”

USB alanında yaşanan sorunlarda yaşlı/engelli yakınları kategorisinde 3 ifade, 2 tema (bakım verenin yükü ve informal bakım verenler) altında gruplandırılmıştır. Bu sorun ifadeleri 15 kez tekrar edilmiştir. Görüşmelerde bakım verenin yükü teması altında palyatif hastaneler ile palyatif dönem bakımı gerektiren kişilerden ve bu kişilerin yatılı bakıma alınma süreçlerinde ailelerinin yaşadıkları sorunlardan bahsedilmiştir. Palyatif

dönem bakımı ihtiyacı olan babasına bakan bir kuruluş yöneticisi yaşadıklarına istinaden şunları paylaşmıştır:

“İleri yaşlarda ameliyat sonrası ağır bakım gerektiren yaşlıların palyatif bakım hastanesine yatırılması çok zor. Yeteri kadar palyatif hastane yok ve çok sıra var. Bu yaşlıları kuruluşa yerleştireyim desen rapor lazım. Bu yaşlıların rapor alması için durmadan dahiliyeye vs klinik klinik dolaşması gerekiyor ama bu yaşlılar bunu kaldıramıyor. Bu durumda hastanın sağlığı geriliyor hem de sağlık personeli boşuna bu hastalar için zahmet vermiş oluyor. Yani süreç, iyileşme süreci şeklinde değil, daha da kötüye giderek ölüme yaklaştırıyor.”

Yukarıdaki örneğe benzer şekilde yatağa bağımlı annesine evde bakan başka bir kuruluş yöneticisi de şunları paylaşmıştır:

“Palyatif dönem evde bakım hizmetleri çok zor çünkü o artık sağlık hizmeti. Orada doktor, hemşirenin olması gereken bir süreç var. Yani, şu anda bizim kuruluştaki doktor, hemşiremiz olmasına rağmen bizi aşıyor diyorum, bu ailenin yapabileceği bir hizmet değil. İşte kelebek hastası olan engellimiz, her yanı yara. Dokunduğun yerde yara açılıyor. Aile buna bakamaz. Yaraya enfeksiyon kaptırabilir. Pansumanı yanlış yapabilir. Ya da pегle beslenen, solunum cihazına takılı olan bir kişinin solunum cihazıyla ilgili bir mekanik arıza olursa onu çözemeyebilir. Teknik elemanı bulamayabilir evinde. Ama hastanede, kurumda bulabilir bunu. Yani bunu çok iyi düşünmek gerekir. Benim 30 yıllık mesleki tecrübem ve özel hayatımda yaşadıklarımı istinaden söylüyorum; palyatif bakım hastasına evde bakılmamalı.”

Görüşmelerde informal bakım verenlerin güvenli hizmet sunmamasından da bahsedilmiştir. İnformal bakım verenlerle ilgili bir STK yöneticisi şunları söylemiştir:

“İnformal bakıcılar tarafından evinde bakılan yaşlılar daha yalnız oluyorlar ve aldıkları bakımda sıkıntılar oluyor. Bu bakıcıların sertifikaları yok ve

denetimi de yok. İstismara ve ihmale açık. Bu nedenle evde sunulan bakımın bir sisteme bağlanması gerekiyor. Bir denetim yapılması gerekiyor ya da bu iş şirketler aracılığı ile verilecekse, sertifikalı elemanların vs denetimlerinin sağlanması gerekiyor.”

Görüşmelerde ayrıca, evde bakım alanların istismara daha açık olduğu ifade edilmiştir. Bir Bakanlık uzmanı yaşlı veya engellilerin ekonomik açıdan istismarı ile ilgili şunlar söylemiştir:

“Yaşlının üzerinden kredi çekip yaşlısını huzurevine bırakan yaşlı yakınları var. Ya da yaşlı huzurevindeyken onun üstünden kredi çeken yaşlı yakınları var. Biz bunu önleyebilecek edebilecek imkanlara sahip değiliz. Örneğin, evlatları annesini kısa süreyle evine götüreceğini söyleyerek kuruluştan çıkarıyor. Aylar sonra öğreniyoruz ki yaşlının üzerinden kredi çekmiş”

Benzer şekilde kamu kuruluşunda bir yönetici engellilerin ekonomik istismarı ile ilgili şunları ifade etmiştir:

“Ekonomik durumu iyi olan ama engellisine bakamayan aileler var. Ama bu aileler engelli üzerinden arabasını alıyor, vergisini düşüyor. Evini alıyor, vergisini düşüyor ve engelliye biz bakıyoruz elektrik suyuyla ilgili de o aile indirimlerden yararlanıyor. Hiçbir şey ödemiyor engellisi için, bütün para devletten gidiyor paralar. Yetmiyor üzerine vergi indiriminden yararlanıyor. E böyle bir adalet olabilir mi?”

USB alanında yaşanan sorunlardan kararlara katılım ve memnuniyet kategorisinde yaşanan 2 sorun ifadesi, görüşmelerde toplam 8 kez tekrar edilmiş ve 1 tema (hizmet alanın memnuniyeti) altında toplanmıştır. Bir kamu kuruluşu yöneticisi kurumsal bakımda hizmet alanların memnuniyetlerini etkileyen durumlar ile ilgili şunu belirtmiştir:

“Kurumsal bakımın handikaplarından birisi şu, 60 yaşının üzerinde bir yaşlıyı biz kuruluşumuza kabul ediyoruz. Ve yaşlıya diyoruz ki “Şu odada

kalacaksın, şu yaşlıyla kalacaksın, şu saatte yatacaksın, şu saatte kalkacaksın, şu yemekleri yiyeceksin, bu şekilde yaşayacaksın”. Yani 60 yaşına kadar yaşamış bir insana yeniden böyle bir hayat biçmek doğru bir şey değil. Yani yaşlıya seçim hakkı, bir alternatifi sunamıyoruz. Tek kişilik oda imkânımız çok sınırlı. Bu da doğru değil. Biz evlendiğimizde eşimize alışırken dahi belli sıkıntılar yaşıyoruz. Eşimizle geçinmekte dahi bazen zorlanıyoruz. Bazen belki ayrı ayrı odalarda kalmak istiyoruz ama bir yaşlıya diyoruz ki “Hayır sen bu yaşlıyla beraber kalmak zorundasın”. Ya da “Bu ortamda kalmak zorundasın.””

Görüşmelerde hizmet alan memnuniyetinin bakımın uzmanlaşması ve yaşlı profili ile kuruluş profilinin uyumlu olması konularından da etkilendiği belirtilmiştir. Konu ile ilgili ücretli/ücretsiz yaşlı kavramı ve kuruluşlarda sunulan USB/kısa süreli bakım kavramlarına da değinilmiştir. Bir Bakanlık yöneticisi ücretli/ücretsiz yaşlı kavramının hizmet alan üzerindeki etkisi şu şekilde ifade edilmiştir;

“Ücretli ücretsiz yaşlı diye bir ayrımın olması başka bir handikap. Çünkü ücretli yaşlıya verdiğiniz hizmetlerle ücretsiz yaşlıya verdiğiniz hizmetler arasında yönetmelik gereği ayrımlar var. Bu ayrımların neticesinde de siz yaşlı yakınlarıyla ve yaşlıyla karşı karşıya geliyorsunuz. Hastaneye ulaştırma konusunda olsun, refakatçi konusunda olsun ücretli yaşlılara bu tür hizmet vermekte zorlanıyoruz. Ücretsiz yaşlılara harçlık veriliyor, mesela. Ücretli yaşlı diyor ki “Onlar hem para vermiyor hem de üstüne siz ona para veriyorsunuz”. ”

Buraya kadar USB alanında yaşanan sorunlarla ilgili nitel araştırma bulgularına yer verilmiştir. Bundan sonraki bölümde USB alanında yaşanan sorunların çözümüne yönelik ifadelerden bahsedilmiştir. Aşağıdaki Tablo 48 USB alanında yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerileri nelerdir? sorusuna verilen cevaplara yönelik bulguları göstermektedir.

Tablo 48. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular

Anket maddeleri	Kategoriler	Temalar	Kodlar	Sıklık
30	Hizmetin Yeterliliği	Yatılı bakım	Ülke genelinde yatılı bakım veren kurum sayısı yeter sayıya çıkarılmalıdır	10
31	Hizmetin Yeterliliği	Gündüz bakım	Hizmete ulaşım engellerini kaldırmak için gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalıdır.	14
32	Erişim	Finansman	Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevlerinden yararlanabilmeleri için bakım destekleri geliştirilmelidir.	12
33	Erişim	Finansman	Sosyal güvenlik sistemi USB'ı da içerek şekilde yeniden yapılandırılmalıdır	16
34	Erişim	Yönlendirme/danışmanlık	Bakım hizmetlerine yönlendirme Aile hekimleri ve hastaneler tarafından yapılacak şekilde düzenlenmelidir.	16
35	Erişim	Yönlendirme-danışmanlık	Hastanelerdeki sağlık profesyonelleri tarafından ameliyat sonrası bakım ihtiyacı oluşan kişilere yönelik yapılması gereken bakım uygulamaları ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılmalıdır.	10
36	Erişim	İhtiyaç tespiti	Bakım ihtiyacının tespiti GYA temelinde yapılmalı ve fonksiyona dayalı bakım kriterleri belirlenmelidir.	8
37	Erişim	Yaşam kalitesi	Yaşam kalitesinin artırılması için USB kuruluşlarında rehabilitasyon hizmetleri güçlendirilmelidir.	7
38	Erişim	Veri kayıpları	Yaşlı ve engelli verilerini takip edebilmek için bilgi sistemleri geliştirilmelidir.	6
39	KB Yüğü*	Toplum temelli bakım	Yatılı kurumlarının yükünü hafifletmek için evde destek hizmetleri gibi toplum temelli bakım hizmetleri geliştirilmelidir.	6
40	KB Yüğü	Toplum temelli bakım	Yaşlıların yerinde yaşlanması için evde bakım hizmetleri geliştirilmelidir.	8
41	KB Yüğü	Bakım destekleri	Ailelerin yaşlısına/engellisine bakmasını özendirmek için evde bakım aylığının yaygınlaştırılmalıdır.	4
42	KB Yüğü	Bakım destekleri	Evde bakıma yönelik destekler, hak temelli planlanmalı ve tüm nüfusu kapsamalıdır.	6
43	KB Yüğü	Toplum temelli bakım	Gündüz bakım hizmetleri yatılı bakıma karşı önemli bir hizmet modeli olarak geliştirilmelidir.	5
44	KB Yüğü	Erişilebilirlik	Kentlerin yaşlı ve engelli nüfusa yönelik düzenlenmesi sağlanarak toplum temelli hizmetler geliştirilmelidir.	11
45	UBH**	Hizmetin sunum yeri	Belli bir engel grubuna göre uzmanlaşmış bakım merkezleri her ilin ihtiyacına göre belirlenmelidir.	5
46	UBH	Hizmetin sunum yeri	USB ihtiyacı gerekecek hastalıklara uygun bakım merkezleri geliştirilmelidir.	5
47	UBH	Hizmetin sunum yeri	Yaşlı/engellilerin güvende hissetmesini sağlayacak uzmanlaşmış bakım hizmetlere yönelik mekanlar oluşturulmalıdır.	7

Tablo 48. Kalitatif Görüşmelerde USB Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Çözüm Önerileri Nelerdir? Sorusuna Verilen Cevaplara Yönelik Bulgular – Devamı

Anket maddeleri	Kategoriler	Temalar	Kodlar	Sıklık
48	BBV***	Eğitim	Üniversitelerde USB alanındaki bölümlerin bu alana yönelik uygulamalı eğitimler vermemesi	8
49	BBV	Eğitim	USB veren kuruluşların işbaşı eğitimleri zorunlu olmalı ve eğitim süreleri belirlenmelidir.	10
50	BBV	Eğitim	Sağlık ve bakım çalışanlarının meslek dernekleri bakım veren kuruluşlarda gönüllü faaliyetler düzenlemelidir.	5
51	BBV	İş doyumu	Yöneticiler hizmet sunum sürecinde bakım elemanlarının görüşlerini de almalıdır.	5
52	BBV	İş doyumu	USB hizmeti sunan kuruluşlarda personele hizmette sunumunda yaşadıkları sorunlara yönelik rehberlik hizmetleri verilmelidir.	3
53	BBV	İş doyumu	Personel arası iletişimi artırmak için gündaydın toplantıları gibi etkinlikler yapılmalıdır.	3
54	Yaşlı/Engelli Yakınları	Rehberlik	USB veren kurumlar yaşlı/engelli yakınlarına rehberlik hizmetleri sunmalıdır.	3
55	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Palyatif dönem bakım ihtiyacı olan kişiler yatılı kurum bakımına alınmalıdır.	5
56	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Bakım ihtiyacı olan bireylerin ailelerine psiko sosyal destekler verilmelidir.	7
57	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Bakım ihtiyacı olan bireylerin ailelerine zaman yaratacak alternatif hizmetler geliştirilmelidir.	7
58	Yaşlı/Engelli Yakınları	İnformel bakım verenler	İnformel bakıcıların sundukları hizmetin denetimi yapılmalıdır.	5
59	Yaşlı/Engelli Yakınları	İnformel bakım verenler	İnformel bakım verenlerden yabancı bakıcıların baktıkları kişi ile aynı dili konuşması sağlanmalıdır	3
60	Yaşlı/Engelli Yakınları	Bakım verenin yükü	Evde bakım sürecinde öz bakımın nasıl yapılacağı konusunda yeterince bilgilendirme yapılmalıdır	8
61	Kararlara Katılım/ Memnuniyet	Hizmet alanının memnuniyeti	Yatılı bakım merkezlerinde hizmet alanların oda düzeni ile ilgili fikirleri alınmalıdır.	8
62	Kararlara Katılım/ Memnuniyet	Hizmet alanının memnuniyeti	Yatılı bakım merkezlerinde yemek menüleri konusunda hizmet alanların geribildirimleri alınmalıdır.	8
63	Kararlara Katılım/ Memnuniyet	Hizmet alanının memnuniyeti	Yatılı bakım merkezlerinde ortak alanlar hizmet alanların profiline uygun düzenlenmelidir.	9
64	Kararlara Katılım/ Memnuniyet	Hizmet alanının memnuniyeti	Hizmet alanların oda arkadaşını seçme şansı olmalıdır.	8
65	Kararlara Katılım/ Memnuniyet	Hizmet alanının memnuniyeti	Hizmet alanların ve yakınlarının hizmet sunum sürecine yönelik geri bildirimleri alınmalıdır.	8

*Kurumsal Bakımın Yüğü; **Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri; ***Birincil Bakım Verenler

Tablo 48'e göre derinlemesine görüşmelerden elde edilen USB alanında yaşanan sorunların çözümüne ilişkin 36 öneri, 17 tema ve 7 kategori altında gruplandırılmıştır. USB alanında yaşanan sorunların çözümüne yönelik önerilerden kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği boyutu altında toplanan 2 ifade, 2 tema (yatılı bakım ve gündüz bakım) altında gruplandırılmış ve 24 kez tekrar edilmiştir. Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliğinin artırılması ile ilgili öneriler temelde, yatılı bakım merkezleri ile gündüz bakım merkezlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması ile ilgili olup konu ile ilgili sosyal bilinçlenmenin sağlanması için de öneride bulunulmuştur. Kurumsal hizmetlerin yaygınlaştırılması konusunda, USB hizmetlerine yönelik toplumun bakışı ve sosyal bilinç düzeyi ile ilgili bir kuruluş yöneticisi şu öneride bulunmuştur:

“Sosyal bilinçlenmenin düşük olması da bir sorun. Yaşlı bakımevi nasıl olur? İşte yaşlı bakımevinde ne yapılır? Ne tür hizmetler verilir? Buradaki insanlar ihtiyaçtan dolayı buradadır?” bakışı yok. Kişi huzurevinde ise terk edilmiş olarak düşünülüyor. Yani “buraya işte aileleri bırakmışlar gitmişler” diye düşünülüyor. Ve yaşlıları ziyaret ederken de bunu dillendiriyorlar. Yani “seni atmışlar, gitmişler. Senin çocuk yok mu?” gibi. Bu konuda toplumsal bilinçlenmenin olması lazım. Bunun için de halkla ilişkiler biriminin olması lazım. Bizim halkla ilişkiler birimimiz yok. Biz halka kendimizi anlatamıyoruz. Halkla ilişkiler birimin olmadığı zaman senin dışarıya karşı kendini ifade etmen çok mümkün olmuyor.”

USB alanında hizmete erişim konusunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin 7 ifade, görüşmeciler tarafından 75 kez tekrarlanmıştır. Bu ifadeler, erişim kategorisinde 5 tema (finansman, yönlendirme-danışmanlık, ihtiyaç tespiti, yaşam kalitesi ve veri kayıpları) altında gruplanmıştır. Hizmette erişim kategorisinde en sık tekrarlanan finansman teması ile ilgili ifadelerdir. Bakım hizmetlerini cepten ödemek durumunda kalan kişilerin mağduriyetlerini gidermek için sıklıkla ifade edilen öneri, bakım sigorta sistemine geçilmesidir. Bakım sigortası ile ilgili bir Bakanlık yöneticisi şunları söylemiştir:

“Bakım sigortası sistemine geçilirse kişi, eğer engelli veya yaşlı bakıma muhtaç hale gelmişse, yakınları “ben bu yaşlıma kendim bakacağım” derse

bu parayı yaşlının sigorta sisteminde yakınlarına verebileceğiz. “Yok ben bunu bir kurumdaki hizmet satın almak istiyorum” veya “bir kurum bakımı istiyorum” dediğinde bu yaşlıyı o kuruma yerleştirebileceğiz. O kurumun bakım ücretini de sigorta sistemi ödeyecek.”

Peki bakım sigortasına geçiş nasıl olmalı? sorusuna cevap şu şekilde olmuştur:

“Sorgulanabilirlik, takip edebilirlik adına yine SGK bünyesinde ama sağlık sigortasından tamamen farklı bir yapı kurmak gerekir. Bu sistem, sağlık sigorta sistemi içerisine dâhil edilirse birtakım suistimaller ortaya çıkacaktır ve maliyetler artacaktır. Bu durumda sistem doğmadan ölecektir. Onun için ille de ayrı bir bakım sigorta sisteminin kurgulanıp sistemin çok daha sorgulanabilir hale getirilmesi gerekir diye düşünüyorum.”

Bakım sigortasının tasarlanması, geliştirilmesi ve uygulanmasında hangi kurumların rol alması konusunda başka bir Bakanlık yöneticisi şunları söylemiştir:

“Burada üç bakanlığımızı ilgilendiren -Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bir durum söz konusu. Belki sürecin başlatılması ile birlikte Sağlık Bakanlığı USB’i tamamen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bırakabilir. Yani, palyatif dönem bakımını da. Çalışma Bakanlığı mutlaka sistemin finanse edilmesi noktasında sistemin içinde olmak zorundadır.”

USB veren kuruluşlarda sunulan palyatif dönem bakım hizmetleri ve bunun finansmanı konusu ile ilgili hem kuruluş yöneticisi hem de alanda aktif çalışan bir STK’nın yöneticisi şunları ifade etmiştir:

“Tedavisi tamamlanan yaşlıyı huzurevine geri alıyoruz. Hayatının son dönemini huzurevinde geçiriyor. Dolayısıyla biz aslında huzurevlerimizde palyatif bakım hizmetini veriyoruz. Bu hizmeti madem veriyor isek nasıl Sağlık Bakanlığı daha doğrusu Sosyal Güvenlik Kurumu hastanelerde -Sağlık

Bakanlığı'nın hastanelerinde palyatif bakım merkezlerinde kalan hastaların oda ücretini ödüyor ise, bizim huzurevlerimizde palyatif dönem bakım hizmeti alan yaşlılarımızın da oda ücretini ödemesi gerekiyor.”

Yapılan görüşmelerde USB hizmetlerinin finansmanı konusunda hak temelli bakımdan söz edilmiştir. Bu hususla ilgili aynı zamanda akademisyen olan bir STK yöneticisi şunları söylemiştir:

“Önceden bakım hizmeti bir lütuf olarak sunulurken şimdi bakım hizmeti ihtiyaç. İhtiyaç olmanın ötesinde bir hak. Ve bu çerçeveden bakarak yönetmeliklerin yeniden düzenlenmesi lazım. Denetimlerin ve personelin çalışma durumlarının da bu çerçevede düzenlenmesi lazım. Çünkü bakım bir lütuf olarak görüldüğünde personelin de hizmet alana bakışı farklı oluyor.”

Görüşmelerde bakım sürecinde, yaşlıların finansal yükünü arttıran bir diğer sorun olarak özel yaşlı bakım merkezlerinde kalanlardan KDV alınması durumuna karşı özel bakım merkezlerinden hizmet alması gereken kişileri maddi olarak rahatlatmak için de bu KDV'nin alınmaması önerilmiştir. Konu ile ilgili bir yöneticinin ifadeleri şu şekilde olmuştur:

“Benim çok üzüldüğüm ve kafa yorduğum en büyük şeylerden biri-; yaşlıların hala %8 KDV ödüyor olması. Bu çok ciddi bir zorluktur. Yaşlıdan ben “size fatura keseceğim. Artı %8 de KDV alıyorum” dediğim zaman, onların yüzündeki ifadeyi gördüğüm zaman utanıyorum. Yaşlılarımızın alacağı bakım hizmetlerinden KDV almamak bir çözüm olabilir.”

Görüşmelerde hizmete erişim kategorisinde veri kayıpları konusu da işlenmiştir. Bu konuda hizmet ihtiyacı olan kişilerin tespiti ve veri/bilgi toplama ve kaydı ile ilgili sosyal hizmet merkezlerinin rollerinden bahsedilmiştir. SHM'lerin rolleri ile ilgili bir Bakanlık yöneticisi şunları söylemiştir:

“ASHB önemli bir iş yapmıştı aslında SHM’leri açarak. SHM’lerin temel görevlerinden birisi veri tabanı hazırlamaktı. Aile Hekimliği gibi düşünelim. Aile hekimliği ne yapıyor? Belli oranda hastadan sorumlu. O kitlede hangi hastalıklar var, hepsini biliyor. Envanterinde var. SHM’nin de aslında bu şekilde çalışması gerekiyordu. Örneğin, Mamak Bölgesinde kaç tane engelli var? Bu engellilerin yaşları ne? Bu engel neden kaynaklı olmuş? Akraba evliliğinden mi kaynaklı olmuş vs. Bütün bunları SHM’ler çalışmalı ve bu verileri Bakanlığa sunabilmeli. Bakanlık da bu pencereden bakarak hizmetleri planlayabilir. Mesela şehit yakınlarının çok olduğu bir yerde, engellinin olmadığı yaşının olmadığı bir yerde bir fizyoterapistin ne işi olabilir? Ama yaşlı nüfus fazlaysa, engeli nüfus fazlaysa mesela orada fizyoterapist istihdam etmek mantıklıdır. Yani, istihdamı da buna göre ayarlamak lazım. Huzurevleri inşa ederken de ona göre inşa etmek lazım. Özel huzurevlerinin nereye açılacağını planlarken de... Plan yapabilmeniz için veri lazım. Ama SHM’ler böyle işlemiyor maalesef. SHM’ler şu an daha çok evde bakım parası için müracaat eden ailelere koşturuyor. İşte şehit yakınlarına, gazi yakınlarına hizmet vermek için koşturuyor. Personel sıkıntıları var. Ve daha da önemlisi tuttukları kayıtları aktaracakları bir bilgi sistemi de yok.”

Yaşlı ve engelli bilgi kayıt sistemi konusunda başka bir STK yöneticisi de şunları önermiştir:

“Tüm kayıtlar tek ekran üzerinden görülebilir olmalı. Böyle olmazsa herkes kendine göre bir yazılım programı uygularsa sistemler karşılıklı olarak konuşamayacağı için yine karışıklıkları gideremeyiz.”

USB alanında kurumsal bakımın yükü konusunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin 6 ifade, 3 tema (toplum temelli bakım, bakım destekleri ve erişilebilirlik) altında gruplanmış ve görüşmeciler tarafından 7 ifade toplam olarak 40 kez tekrarlanmıştır. USB hizmetlerinde yaşanan kurumsal bakımın yükünü artıran sorunların çözüme ilişkin

öneriler arasında sıklıkla evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yer almıştır. Evde bakım üzerine çalışan bir STK'nın yöneticisi konu ile ilgili şunları söylemiştir;

“Sosyal hizmetlerin temel felsefesi, bireyi yaşadığı sosyal çevreden koparmadan ona uygun hizmetleri sunabilmek. Evde bakım hizmeti- evde destek hizmeti sosyal hizmetlerin temel felsefesine de uygun bir hizmet modeli.”

Konu ile ilgili bir Bakanlık yöneticisi bakımın maliyeti ile evde bakım hizmetlerinin alternatif bir model olarak güçlendirilmesi gerektiği konusunda şunları söylemiştir;

“USB hizmeti şu anda çok pahalıya verilmekte. Bakımda devletin maliyeti çok yüksek. Bu maliyet yüksekliğini nasıl kontrol edebiliriz? Evde bakım hem maliyeti düşürmek açısından hem de hizmet kalitesini artırmak açısından çok önemli. Çünkü yaşlının sosyal ortamından koparılması zaten bir travmaya neden oluyor ve terkedilmiş duygusu da yaratıyor. Ancak, evde bakımda bu önlenabilir. Kurumsal bakım kaçınılmaz bir ihtiyaç tabii ki. Ancak, evde bakılan bireyin durumu ilerlediğinde yani evde bakım palyatif bakıma dönmeye başladığında ya da bireyin evde bakımı aileyi çıkmaza sokmaya başladığında kurumsal bakıma geçiş aşamalı olarak sağlanmalı. Örneğin öncelikle gündüz bakım hizmetleri denenir, gündüz bakım merkezlerinin de yetmediği noktada yatılı bakıma geçiş sağlanır.”

USB hizmetlerinde uzmanlaşma konusunda yaşanan sorunlar gibi bu sorunların çözümüne ilişkin öneriler de uzmanlaşmış bakım hizmetleri kategorisi altında toplanmıştır. Çalışmada kullanılan soru kağıdında nitel bulgulardan elde edilen ve uzmanlaşmış bakım hizmetleri kategorisinde incelenen 3 ifade bulunmaktadır. Bu 3 ifade hizmetin sunum yeri teması altında, görüşmeciler tarafından 17 kez tekrar edilmiştir. Konu ile ilgili resmi bir kuruluş yöneticisinin sunduğu çözüm önerisi şu şekildedir:

“Aynı çatı altında yaşamak zorunda kalan yaşlıları profillerine uygun olarak ayırmaya başlayabiliriz. Katlar ayrılabilir, girişler ayrılabilir, ortak alanlar

ayrılabilir. Bunlar çok zor şeyler değil aslında. Kişiler kendi huzurevleri içerisindeki düzenlemeyi buna göre yapabilirler. Yani yemekhane ortadan çok ufacık bir şeyle bölünebilir. Ve onların birbirlerinden izole olacak şekilde yaşamaları sağlanabilir. Çünkü ortak alanlarda, mental anlamda sağlıklı olan yaşlı bakım yaşlılarının yanına gidiyor ve konuşacak bir şey bulamıyor. Konuşacak bir şey bulamıyor yalnızlaşıyor, odasından çıkmamaya başlıyor. Sürekli olarak bize söyledikleri şey şu oluyor; “e tamam kızım odamdan çıkıyım da kiminle konuşacağım?”. Ve bir süre sonra biz sağlıklı olan yaşlılarla arkadaş konumuna geliyoruz. E hizmet alan hizmet veren kısmından çıkıp onlarla biz arkadaş gibi diyalog kurmaya başlıyoruz sürekli olarak. Aslında onların akranlarıyla -yine huzurevinin asıl amaçlarından biri bu değil mi?- bir arada olmaları gerekirken personelle birlikte zaman geçirmeye başlıyor. Personelin mola vaktinde bahçeye gitmeye başlıyor. Personelle birlikte yemek yemek istiyor. Kendini huzurevindeki yaşlılardan da farklı görerek, bir çalışanımızmış gibi görmeye başlıyor.”

Diğer yandan kısa süreli bakım alan yaşlıların USB veren kuruluşlarda kalmasının etkileri bir kamu kuruluşu yöneticisi tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“USB hizmeti vereceğimiz bir yaşlıyla, kısa süreli bakım hizmet vereceğimiz ya da konaklama hizmeti vereceğimiz yaşlıların bir arada kalması mutfağına kadar sıkıntı yaratıyor. Yani, çıkan yemeye kadar, porsiyonu nasıl ayarlayacağınıza kadar sıkıntı yaratıyor. Yani, yatağa bağımlı yaşlıya verdiğiniz porsiyonla, sağlıklı yaşlılara verdiniz porsiyonun aynı olması bile sıkıntı yaratıyor. Ya kilo alıyor yaşlı ya da diğeri zayıf kalıyor. Bunun için profesyonelleşmek lazım. İşte ücretli ücretsiz ayrımını kaldırmak lazım. Kısa süreli konaklama hizmeti sunacağımız kişiler için ayrı bir kuruluş kurmak lazım ya da ayrı bir fiziksel ortam yaratmak lazım. Ama temel olarak USB hizmeti, kurumsal bakımın yanı sıra evde bakımı geliştirmek lazım.

Görüşmeler sırasında sıklıkla USB hizmeti sunan kuruluşlarda rehabilitasyon hizmetlerinin durumuna ilişkin görüşler açıklanmış ve bakım hizmetlerinde

uzmanlaşmak için bakım ve rehabilitasyonun birlikte sunulması gerektiğinden bahsedilmiştir. Bir Bakanlık yetkilisi konu ile ilgili şunları ifade etmiştir:

“Rehabilitasyon bu işin içinde olmazsa olmaz. USB hizmet yelpazesi içinde yer alması gereken bir unsur. Çünkü rehabilitasyonla pek çok hasta, engelli ya da yaşlı eski gücüne, kuvvetine, eski sağlığına kavuşabiliyor. Ama bizde çok ihmal edilen bir alan bu. Yani rehabilitasyon kısmı, buna maalesef yeteri kadar önem verilmiyor. Bu konuda farklı meslek gruplarının baskıları da bulunmakta. Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetleri olarak değerlendirilebileceği gibi sosyal hizmet çerçevesinde de değerlendirilebilmekte. Tabi bizde kendi resmi bakım merkezlerimizde rehabilitasyonu personel imkânlarımız ölçüsünde sunmaya çalışıyoruz. Rehabilitasyon uygulamalarını yapacak mesleki personeli istihdam etmekte zorlanıyoruz. Bunun pek çok sebebi var. Özel bakım merkezlerinde ise durum farklı. Oralarda kanuni olarak bakım karşılığında verilen bir ücret olduğu için rehabilitasyon işine girmek istemiyorlar. Çünkü özel engelli bakımında sadece bakımın ücretini biz ödüyoruz. Rehabilitasyonun ücretini maalesef bizim kurumlarımızda ödenmiyor. O sadece SGK’nın Sağlık Bakanlığı bünyesinde verilen hizmetlere ödediği bir şey, hizmet modeli- fiziksel rehabilitasyon ya da tıbbi rehabilitasyon konusu. Ama bu bizim sunduğumuz bakım ve rehabilitasyon hizmetleri çok önemli. Bu konu biyo-psiko-sosyal bakış açısı ile bütüncül bir şekilde ele alınmalı. Çünkü rehabilitasyon iyi verildiği taktirde kişi belki bakıma muhtaç durumdan kurtulacak.”

Konu ile ilgili bir Bakanlık yöneticisi de durumu şu şekilde ifade etmiştir;

“Rehabilitasyon kamuoyunda çok bilinir değil. İnsanlar fiilen başına gelince ya da bir yakınının başına gelince bu rehabilitasyon kelimesi ile karşılaşıyorlar. Oysaki bunun kamuoyunda bilinirliğinin artırılması ve mevzuatlarla da bunun desteklenmesi gerekiyor.”

Görüşmelerde ayrıca, uzmanlaşmış bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin gelişmesi için bu hizmetlere biyo-psiko-sosyal bakış açısı ile bakılması gerektiğinden bahsedilmiştir. Biyo- psiko-sosyal bakış açısı ile ilgili başka bir Bakanlık yetkilisi de şunları söylemiştir:

“Biyo-psiko-sosyal bakış açısı şu anda yok. O bizim için lüks sayılıyor. Sağlık Bakanlığı’nda palyatif bakım merkezleri aracılığıyla yürütülüyor, palyatif hastaneleri çok az sayıda. Palyatif bakım bizde de huzurevlerimizde ve bakım merkezlerimizde yürütülüyor. Bu konuda her iki bakanlığın hatta Sosyal Güvenlik Kurumu’nun da -Sağlık Bakanlığı, Aile Bakanlığı ve SGK’nın- ortaklaşa yapacağı bir çalışmayla bu USB ile ilgili politikaları yeniden belirlemek gerekiyor. Çünkü, bu aynı zamanda ödemeyi de içine alan bir konu. 2012 yılında yaklaşık 6500 civarında yatağa bağımlı yaşlımız vardı. Şu anda da bu rakam 10.000’leri aşıyor. Yani, kuruluşlarda 10.000 yatağa bağımlı yaşlıdan bahsediyoruz. 7.000 kişi de özel bakımda yatağa bağımlı ya da ağır bakım gerektiren engelli var. Bu kişilere biz fiilen kuruluşlarımızda adı konulmamış palyatif bakım hizmeti veriyoruz. Yani, hiçbir yaşlı kanser hastası hastanede vefat etmiyor. Bizde bakılıyor ve bizde ölüyor.”

Görüşmelerde USB hizmetlerine bakış açısının öneminden bahsedilirken; biyo-psiko-sosyal bakış açısına spiritüel bakış açısının eklendiği de söylenmiştir. Konu ile ilgili mesleği psikolog mesleğini olan bir STK yöneticisi şunları söylemiştir:

“Psikologların görevini artık imamlar yapmaya başladı. Din görevlileri manevi bakım adı altında, bunu yapıyorlar. Ben şunu söyleyeyim; tabi maneviyatta bizim bir alanımız. Biz diyoruz ya “üç boyutlu düşünmek lazım. İşte biyo-psiko-sosyal boyutuyla düşünmek lazım”. Hayır. Biyo-psiko-sosyal ve manevi boyutu da katmak lazım. Evet. Dördüncü boyutu da var, bu boyutu es geçmemek lazım.”

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucunda elde edilen bulgular, alan yazında geçen çalışmaların sonuçları ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

Bu çalışmada Türkiye’de USB alanında sunulan hizmetleri, bu alandaki paydaşların bakış açısına göre değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmada önce, çeşitli pozisyonlardaki yönetici ve uzmanların USB alanında yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin görüşleri, derinlemesine görüşmeler yoluyla ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen bulgulara göre saha araştırmasında kullanılan soru kâğıdı oluşturulmuştur. Saha araştırmasında ise Ankara’da hizmet sunan 3 kamu ve 2 özel toplam 5 kuruluştaki 310 çalışan ve 126 hizmet alanın değerlendirmeleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu sayede Türkiye’de sunulan USB hizmetleri alanında yaşanan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri farklı perspektiflerden ortaya konulmuştur.

Araştırma kapsamında Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri, nitel araştırma bulguları ile faktör analizi bulguları temel alınarak 7 boyut altında incelenmiştir. Araştırma bulguları ile ilgili tartışmalar da bu boyutlar üzerinden yapılmış ve aşağıda sunulmuştur:

Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar 7 boyut altında gruplandırıldığında, ilk boyut “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği (adequacy of institutional care services)” boyutudur. Tessier ve arkadaşlarına (2022) göre kurumsal bakım hizmetleri hak temelli bir yaklaşımla, uluslararası sosyal güvenlik standartları temel alınarak düzenlenmelidir. Buna göre sosyal koruma veya sosyal güvenlik temel insan haklarındandır ve yoksulluğu, kırılganlığı ve sosyal dışlanmayı azaltmak ve önlemek için tasarlanan politika ve programlar dizisi olarak tanımlanmaktadır. Engelli ve yaşlılara sunulacak kurumsal bakım hizmetleri de sosyal korumanın alanlarından biridir. Bu temelde kurumsal bakım hizmetleri tüm nüfusu kapsamalı ve yaşlı/engelli nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Brody ve arkadaşları (1984) yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliğinin sağlanmasında kamu politikalarının önemi üzerinde durmuş

ve yaşlılara yönelik kamu politikalarında önceliğin kurum bakımının artırılması olduğundan bahsetmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen nitel bulgulara göre, “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutu yatılı bakım ve yaşlanan nüfus temalarından oluşmaktadır. Türkiye’de USB hizmetlerinin “kurumsal bakımın yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunlar; “yatılı kurumsal bakım hizmetlerinin yeterli olup olmaması” ve “yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamaması” ile ilgilidir. USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Türkiye’de yatılı bakım hizmetlerinin yeterliliği ve yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılaması” ile ilgili görüşlerine bakıldığında, çalışanların konu ile ilgili düşüncelerinin hizmet alanlara göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Ancak, USB alanında çalışanlardan öğrenim durumu lisans & yüksek lisans olanlar, ilkokul & ortaokul mezunu çalışanlara göre Türkiye’de sunulan kurumsal bakım hizmetlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Aloisio ve arkadaşlarına (2021) göre de USB hizmeti sunan kuruluşlarda çalışanların, sundukları bakım hizmetlerini yeterli görme durumları öğrenim durumlarına ve çalıştıkları pozisyona göre değişmekte ve öğrenim seviyesi yükseldikçe sunulan hizmetlere yönelik düşünceler olumsuz yönde değişmektedir. Carr ve Kazanowski (1994) de buna benzer şekilde USB alanında çalışanların sundukları hizmetleri yeterli görme durumlarının ve memnuniyetlerinin cinsiyete ve öğrenim durumuna göre değiştiğini söylemektedir. Buna karşın araştırmada yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların, “Türkiye’de sunulan bakım hizmetlerinin yeterliliği ve sunulan hizmetlerin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılaması” ile ilgili görüşleri, yaşa göre değişmekte ve hizmet alanların yaşı yükseldikçe konu ile ilgili görüşleri olumlu yönde değişmektedir. Yani, araştırma bulgularına göre 85 yaş ve üzerindeki hizmet alanlar “Türkiye’de sunulan kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” konusunda 75 yaş altındaki hizmet alanlara göre daha olumlu düşünmektedirler. Araştırmanın bu bulgusuna benzer şekilde Lee ve arkadaşları (2021) Tayvan’da sunulan USB hizmetlerinin yeterliliği ve memnuniyet ile ilgili çalışmalarında yaşlıların yaşları yükseldikçe, kamunun sunduğu USB hizmetlerinin yeterliliği ile ilgili memnuniyetlerinin arttığını bulmuşlardır. Bunun aksine Jaipaul ve Rosenthal (2003) mikro ölçekte hastanelerde sunulan bakım hizmetlerinin yeterliliğini inceledikleri çalışmalarında

yaşlıların yaşı yükseldikçe, sağlık ve bakım hizmetlerini yetersiz bulma eğiliminde olduklarını bulmuşlardır.

Araştırmanın nitel bulgularına göre “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik öneriler, yatılı bakım ve gündüz bakım temalarından oluşmaktadır. Ancak, faktör analizi sonucunda finansman ve ihtiyaç tespiti temaları da “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutu altında toplanmıştır. Bu kapsamda yapılan t testi sonuçlarına göre, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyleri, USB alanında çalışanlara göre daha yüksektir. Ayrıca hizmet alanlar, “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yer alan “her ilde yatılı bakım ve gündüz bakım merkezi olmasına” yönelik önerilere çalışanlara göre daha fazla katılmaktadırlar. “Türkiye’de her ilde yatılı ve gündüz bakım merkezlerinin olması” ile ilgili öneriler, aslında kurumsal bakım hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerdir. Ancak, Türkiye’de USB bakım hizmetlerin yaygınlaştırılmasını öneren çalışmalara bakıldığında, çalışmaların odağında evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının yer aldığı görülmektedir (Ağcasulu, 2021; Karaman vd., 2015; Oğlak, 2007). “Türkiye’de kurumsal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması” ile ilgili olarak; ASHB’nin Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı’nda (2023-2025) yatılı bakım hizmetlerinin kapasitelerinin güçlendirilmesi eylem alanı bulunmaktadır. Bu eylem alanının faaliyetleri, ev tipi yaşlı bakım kuruluşlarının ve palyatif bakım merkezlerinin geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu tez çalışmasında da yaşlı bakım merkezlerinden hizmet alanların “her ilde yatılı ve gündüz bakım merkezlerinin olmasına” yönelik öneriye çalışanlara göre daha fazla katılmaları, yaşlıların kurumsal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ihtiyacında olduklarını göstermektedir.

“Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin geliştirilen önerilerden, “dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevlerinden yararlanabilmeleri için ücretlerin bir kısmının devlet tarafından karşılanması” ve “bakım sigortasına geçilmesi” ile ilgili önerilerine hizmet alanların katılım düzeyleri, kuruluş çalışanlarından daha yüksektir. Bu önerilere ilişkin ASHB’nin Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı’nda (2023-2025), Türkiye’de USB hizmetlerinin finansal olarak

sürdürülebilirliği ile ilgili olarak da eylem alanı belirlenmiş ve ulusal bakım güvence sisteminin oluşturulmasına yönelik çalışmaların başlatılacağı söylenmiştir. Çalışmanın literatür kısmında Almanya, Hollanda, İsveç, Norveç, Japonya, Güney Kore gibi ülkelerin USB sigorta sistemlerinden bahsedilmişti. Chen ve Xu (2020), Uzak Doğu ülkelerindeki USB sigortasının yaşlıların sağlığı üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, USB sigortasının mikro ölçekte bakım ihtiyacı olan bireyleri ve ailelerinin, makro ölçekte ise ülkenin refahını artırdığını ve yaşlıların yaşam kalitesine pozitif yönde katkı sağladığını söylemektedirler. Pestieau ve Ponthière (2012) ise kamu kaynakları ile yönetilen USB sigortasının sosyal refaha katkı sağlamasına rağmen özel USB sigortalarının kapsamı açısından sıkıntılar doğurabileceğinden bahsetmiş ve özel USB sigortalarını yapboza benzeterek metaforlaştırmıştır. Bu tez çalışmasında da Pestieau ve Ponthière'nin (2012) önerisine benzer şekilde, özellikle “dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevlerinden yararlanabilmeleri için, özel huzurevi ücretlerinin bir kısmının devlet tarafından karşılanması” önerilmiştir. Bu öneri, aynı zamanda “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutundaki yüksek katılım düzeyine (-ki hizmet sunanların %85,8'i, hizmet alanların ise %92'si çoğunlukla ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir) sahip önerilerden biridir. Ayrıca, finansman temalı öneriler araştırmanın nitel kısmında yönetici ve uzmanlar tarafından en sık tekrarlanan çözüm önerileridir.

“Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilerden, ihtiyaç tespiti teması altında gruplanan “yaşlıların/engellilerin bakım ihtiyacının GYA'ne göre belirlenmesi” önerisine de yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların katılım düzeyi, USB alanında çalışanlara göre daha yüksektir. Edemekong ve arkadaşları (2019) GYA'nın kişilerin fonksiyonel statüsünü ölçmede temel gösterge olduğunu ve yaşlıların yaşam kalitesini belirlemede kullanılabilecek en güvenilir yöntem olduğunu söylemektedir. Buna göre, yaşlıların hangi bakım modeline (evde bakım, hemşire bakım evi gibi) ihtiyacı olduğunu belirlemede yaşlının GYA'nde bağımlılık durumunu gösteren ölçekler kullanılmalıdır. Laukkanen ve arkadaşlarına (2001) göre de yaşlının bakım ihtiyacını belirlemede yaş aralığı yerine yaşlının fonksiyonel statüsünü gösteren GYA'nde bağımlılık durumuna bakılmalı ve yaşlılara yönelik sunulacak hizmetler buna göre planlanmalıdır. Brinkmann ve arkadaşlarına göre (2021) evde destek veya evde saatlik bakım hizmetlerini yaşlının/engellinin GYA'nde bağımlılık durumuna

göre planlamak sunulan bakım hizmetinin etkinliğini arttırmaktadır. Ayrıca özellikle yaşlıların yatılı kurum bakımına veya hastane bakımına geçişine (care transition) karar vermede ve süreci planlamada yaşlının GYA’nde bağımlılık durumunun temel alınması hem yaşlının hem de yakınlarının durumu anlama ve kabullenme süreçlerini de hızlandırmaktadır.

Araştırma kapsamında “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilerle ilgili kuruluş çalışanlarının görüşlerine bakıldığında; erkek çalışanların konu ile ilgili düşüncelerinin kadın çalışanlara göre olumsuz olduğu görülmüştür. Benzer şekilde 30-44 yaşındaki çalışanlar ile 45 yaş ve üzeri çalışanların “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyleri, 30 yaş altındaki çalışanlara göre daha düşüktür. Konuya “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda finansman teması üzerinden bakıldığında, American Association for Long Term Care Insurance (AALTCI)’a (2009) ve Schaber ve Stum’a (2007) göre, kadınlar bakım hizmetlerini öncelikli olarak sunan grup oldukları ve erkeklere göre sağlık bakımına daha çok önem verdikleri için USB sigorta sistemini daha çok önemsemektedirler. Sugavara ve Nakamura (2021) da özellikle Covid-19 pandemi döneminde, kadınların bakım yükünün daha da arttığını ve kadınların USB hizmet sunum süreçlerinde yaşanan sorunlar ile daha çok karşılaştıklarını söylemektedirler. Buna göre kadınlar, USB hizmetlerinin geliştirilmesini daha çok önemsemektedir. Yine AALTCI’a (2009) göre kadınlar daha uzun yaşadıkları için USB hizmetlerini ve bakım sigortasını daha çok önemsemektedir. Ancak, araştırma bulgularına göre hem çalışanların hem de hizmet alanların yaşları yükseldikçe “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyleri düşmektedir. Benzer şekilde, Tinios ve arkadaşları (2022) Nordik ülkeleri, Kıta Avrupası ve Güney Avrupa ülkelerinde kurum bakımında olan ve evde bakım hizmeti alan yaşlılara sunulan bakım hizmetlerinin yeterliliğini inceledikleri çalışmalarında, 65-80 yaş aralığındaki nüfusun bakım açığı (care gap) olduğunu görmüşlerdir. Buna göre hizmet alanlar, yaşları yükseldikçe kurumsal bakım hizmetlerini yetersiz bulmakta ve bakım ihtiyaçları karşılanamamaktadır.

“Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik geliştirilen öneriler ile ilgili kuruluş çalışanlarının görüşleri, meslek gruplarına ve aylık gelir durumlarına göre de değişmektedir. Şöyle ki; diyetisyen, ergoterapist, fizyoterapist, gerontolog, psikolog, sosyolog ve sosyal çalışmacılardan oluşan meslek elemanlarının bu boyuttaki önerilere katılım düzeyleri, diğer meslek gruplarından daha yüksektir. Meslek elemanlarının USB hizmetlerinin kapasitesinin yetersizliğine ve bakım maliyetlerinin yüksekliğine bağlı ortaya çıkan sorunlarla daha çok muhatap olmalarının, bu sorunların çözümüne yönelik önerileri daha çok önemsemelerine neden olduğu düşünülmektedir.

“Kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik geliştirilen öneriler ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri, yukarıda bahsedilen yaş değişkeninin yanında kuruluşa gelme sebebine göre de değişmektedir. Buna göre, sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle yatılı bakım veren kuruluşlara gelen hizmet alanların “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik geliştirilen önerilere katılım düzeyleri, yalnızlık sebebiyle kurum bakımına gelen yaşlılara göre daha yüksektir. UNDESA (2015)’e göre USB hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan grup, sağlık bakım ihtiyacı olan ve sosyo ekonomik seviyesi düşük olan yaşlılardır. Yatılı bakım merkezlerinde sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle kalan yaşlılar, yaşam kalitelerini kendilerine yapılan medikal uygulamalar üzerinden değerlendirmekte ve USB güvence sistemine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Andrade ve Andrade (2018), Brezilya’da bakım ihtiyacında olan yaşlıların özelliklerini araştırmışlar ve bakım ihtiyaç tespitinin GYA’ne göre yapılmasının ve bakım hizmetlerinin GYA temelinde sunulmasının, yaşlıların yaşam kalitesini arttırdığını bulmuşlardır. Yine, Andrea ve Andrea’nın çalışmasında sosyo ekonomik statüsü düşük yaşlıların bakım ihtiyacının daha çok olduğu ve bakım desteklerine daha fazla ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Buna benzer şekilde, bu tez çalışması kapsamında hizmet alanların %90’ından fazlası, “dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmının devlet tarafından karşılanması” ile “USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi” önerilerine çoğunlukla ve tamamen katılıyorum cevabını vermişlerdir. Buna göre anket çalışmasına katılan hizmet alanların aylık gelir durumlarına bakıldığında; %41,3’ünün

aylık gelirinin 4800 TL (360 dolar) ve altında olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı Eylül 2021- Mart 2022 tarihleri arasında en düşük emekli memur maaşı 2500 TL'dir (187 dolar). Bu veriye göre yatılı bakım merkezlerinde kalan yaşlılardan çalışmaya katılanların %41,3'ü dar gelirli emekli yaşlılardır ve yaşlıların çoğunluğu finansman temalı önerilere yüksek katılım göstermişlerdir. Bunun aksine kuruluş çalışanlarının aylık gelir durumları yükseldikçe “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” ile ilgili çözüm önerilerine katılım düzeyleri düşmektedir.

Türkiye’de USB bakım hizmetlerinde yaşanan sorunların incelendiği ikinci boyut “USB hizmetlerine erişim (access to long-term care services)” boyutudur. Araştırmanın nitel bulgularına göre “USB hizmetlerine erişim boyutu”, hizmete erişim, yönlendirme-danışmanlık, veri kayıpları/yazılım eksikliği ve finansman temalarından oluşmaktadır. DSÖ (2023) yaşlıların USB hizmetlerine erişiminin sağlanmasında, tez çalışmasının nitel bulgularına benzer temalar üzerinde durmuştur. DSÖ’e göre USB hizmetlerinin evrensel kapsamda ele alınıp alınmadığı, sunulan hizmetin kalitesi, USB hizmetleri ile ilgili kayıtların tutulması ile verilerin toplanmasını sağlayacak teknoloji destekleri, bakım verenlerin eğitim durumları ve bakım verenlere verilen destekler USB hizmetlerine erişim kriterleridir. Smith ve arkadaşları (2008) USB hizmetlerine erişimin devlet tarafından organize edilmesini ve USB hizmetlerine erişimin hak temelli bir anlayışla planlanması gerektiğini söylemektedir. Buna göre sosyo ekonomik statüsü düşük olan yaşlıların/engellilerin bakım ücretleri gönüllüler veya devlet tarafından karşılanmalıdır.

“USB hizmetlerine erişim” boyutunda hizmete erişim teması altında yer alan “büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresinin bir yıldan uzun sürmesi” ve “yaşlıların yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalması” sorunları ele alınmıştır. Bu sorunlar kurumsal bakım hizmetlerinin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi mevcut kapasitenin organize edilememesine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Moceri ve Aziz (2018) yatılı bakım merkezleri için 99 günden fazla beklemeyi uzun bekleme süresi olarak tanımlamıştır. Buna göre Amerika’da her kuruluş kendi bekleme sürelerini hesaplamaktadır. Ancak, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını zamanında karşılayabilmek için her şehirde ve sonrasında her eyalette yatılı bakım merkezlerinin bekleme sürelerinin

hesaplanması ve kuruluş bekleme sürelerinin USB’ın tüm paydaşları tarafından görünür olması gerekmektedir. Kreindler (2008) bekleme sürelerini, sağlık bakım hizmetlerinin zamanlılık ilkesine göre ele almış ve bekleme süreleri uzadıkça hastaların sağlık bakım ihtiyacı arttığını söylemiştir. Hallal (2015) de USB’nda sıra bekleme modelleri ile ilgili çalışmasında, bekleme süresi uzadıkça yaşlıların bakım ihtiyacının arttığını ve buna bağlı olarak bakım maliyetlerinin de yükseldiğine dikkat çekmektedir. Bu tez çalışması kapsamında “USB hizmetlerine erişim” boyutu altında yer alan “yaşlıların/engellilerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamalarının bakım ihtiyacını arttırdığı” yönündeki sorun ifadesi, sunulan hizmetin zamanlılık ilkesine uygun olması gerektiğini işaret etmektedir. Bu ifade, yönlendirme-danışmanlık teması altında ele alınmıştır.

Yönlendirme-danışmanlık teması altında ele alınan diğer ifade “bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınlarının, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi olmadığı” ifadesidir. ABD’de ve Avrupa ülkelerinde sağlık ve bakım hizmetlerinden sorumlu devlet kurumlarının, özel sigorta şirketlerinin ve kuruluşların USB hizmetlerine nasıl erişileceği ile bu hizmetleri sunan merkezler hakkında rehberler hazırlayıp, kamu ile paylaştıkları sıkça görülmektedir. Bu rehberlere ait videolar, ilgili kurumların resmi sosyal medya kanallarından da paylaşılmaktadır. Türkiye’de ise yaşlı ve engelli bakım aylıkları ile ilgili konular, ASHB’na bağlı EYHGM’nün web sitesinde sıkça sorulan sorular kısmında açıklanmakla birlikte, aynı web sitesinin yayınlar kısmında gündüz bakım hizmetleri ile ilgili rehberler de bulunmaktadır. Ancak, yatılı kurum bakımı ile ilgili rehberler henüz çalışma aşamasındadır. ABD ve Avrupa ülkelerindeki kurumsal bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirici rehberler ile Türkiye’dekilerin en belirgin farkı bilgilerin toplum ile paylaşılması şeklidir. USB hizmetleri ile ilgili paylaşımlar Türkiye’de resmî web siteleri üzerinden yapılırken, ABD ve Avrupa’da bunun yanında bakım ihtiyacı olan kişilere ulaşmak için gönüllü kuruluşlar tarafından etkinlikler düzenlenmekte, yazılı ve görsel iletişim araçları kullanılmaktadır.

Dimant (2004), USB hizmetlerinde danışmanlık hizmetlerini hizmet alan ve yakınlarına yönelik danışmanlık olarak değil, hastane çalışanlarına yönelik danışmanlık olarak ele

almıştır. Şöyle ki; Dimant (2004) USB merkezlerinde tıbbi danışman olarak görev yapacak bir sağlık çalışanı olması gerektiğini söylemektedir. USB merkezindeki tıbbi danışman, yaşlının/engellinin tıbbi bakıma ihtiyacı olduğunda gittiği sağlık kuruluşundaki hekim ile iletişime geçmekte ve ilgili hekime yaşlının/engellinin sağlık geçmişini ve mevcut durumunu aktarmaktadır. Bu sayede yaşlıların tıbbi durumlarının tanımlanmasında hata oranı düşmekte ve sağlık bakım planlarının yaşlının durumuna uygun ve yaşam kalitesini artıracak şekilde yapılması sağlanmaktadır. Diğer yandan Wu ve arkadaşları (2022) Tavyan’da yaşlı bakım ihtiyacının tespiti ve planlanmasında hata sayılarını azaltmak ve kaliteyi artırmak için dijital teknoloji kullanımına yönelik akıllı bakım planlama sistemi (intelligent care planning system) geliştirmişlerdir. Bu sistemi 2019 yılında Siu ve arkadaşları (2019) hem yatılı kurumlarda hem evde bakımda klinik karar desteği olarak kullanmışlardır. Bu tez çalışmasında da “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlarda veri kayıpları/yazılım eksikliği teması altında USB’nda teknoloji destekleri konusunda “Türkiye’de USB hizmetleri ile ilgili kayıt sisteminin yeterli düzeyde olmadığı” ifadesi sorgulanmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, USB alanında çalışanların ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olmakla birlikte; çalışanların bu boyutta yaşanan sorunlara yönelik görüşleri, hizmet alanlara göre daha olumludur. Kuruluş çalışanlarının “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara yönelik görüşleri, çalışanların öğrenim seviyesi ve aylık gelirleri yükseldikçe olumlu yönde değişmektedir. Şöyle ki; lise ve önlisans mezunu çalışanlar, ilkökul ve ortaokul mezunu çalışanlara göre; aylık geliri 4801-7499 TL olan çalışanlar ise aylık geliri 4800 TL ve altında olan çalışanlara göre “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlara daha olumlu bakmaktadır. Öte taraftan USB alanında çalışma süresi 3-9 yıl olan çalışanlar, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlarla ilgili, alanda 3 yıldan daha az süredir çalışanlara göre daha olumsuz düşünmektedir. Scales’e (2021) göre USB hizmetlerine talebin artması, bu alanda çalışanlara olan ihtiyacı artıracığı için şimdiden USB alanında çalışanların özelliklerine, taleplerine dikkat etmek gerekmektedir. Buna göre çalışanların alandaki deneyim süresi arttıkça, bakım ihtiyacına yönelik taleplere bakış açıları da değişmektedir. Fujisawa’ya (2009) göre de yaşlıların

kaliteli bakım hizmetlerine erişebilmelerinde hizmet sunucusunun deneyimi ve eğitim seviyesi önemlidir.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili görüşleri, yaşa bağlı değişmektedir. Buna göre hizmet alanların yaşı yükseldikçe “USB hizmetlerine erişim” konusunda yaşanan sorunlara daha olumlu bakmaktadırlar. Hizmet alanların bu boyut altında toplanan ifadelerle katılım oranlarına bakıldığında; hizmet alanların yarısından fazlasının hizmete erişim ve yönlendirme-danışmanlık temalarında yer alan ifadelerle ilgili görüşlerinin olumsuz olduğu, ancak %34’ünün veri kayıpları/yazılım eksikliği teması altındaki ifadeyle ilgili görüşlerinin olumlu olması dikkat çekici bir bulgudur. Bunun sebebi hizmet alanların mensup oldukları jenerasyonun, teknolojik gelişmeleri etkileyici bulması ve teknolojinin her alanda etkin kullanıldığı düşüncesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ekici ve Gümüş’e (2016) göre, yaşlılar yeni teknolojileri anlamakta zorlanmakta ancak radyo, TV, sosyal medya, banka sistemleri, e- sağlık hizmetleri gibi teknolojileri etkileyici bulmaktadır. Buna göre yaşlılar sanılanın aksine özellikle sosyal medya platformlarını takip etmede isteklidirler, ancak yazılım programlarını anlamakta zorlanmaktadırlar.

Araştırmanın nitel bulgularına göre Türkiye’de “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler; hizmete erişim, yönlendirme-danışmanlık, veri kayıpları/yazılım eksikliği ve finansman temalarından oluşmaktadır. Faktör analizleri sonucunda finansman teması altındaki çözüm önerileri, “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutu altında toplanmıştır ve bu temaya ait araştırma bulguları “kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği” boyutu altında tartışılmıştır.

Yapılan t testi sonuçlarına göre kuruluş çalışanlarının ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yer alan çözüm önerileri ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yer alan çözüm önerilerine katılım düzeyleri, çalışanlara göre daha yüksektir. Özellikle “toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmasına” yönelik öneriye hizmet alanların %95’i ve çalışanların %85’i

çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. Başer ve arkadaşları (2015) Türkiye’de sağlık sisteminin etkinliğinin arttırılması için aile hekimleri, hastaneler, yaşlı bakım evleri ve sosyal güvenlik kurumu arasında veri akışının ve bilgi paylaşımının önemini vurguladıkları çalışmalarında, elektronik bilgi sistemlerinin geliştirilmesini ve yaşlıların/engellilerin sağlık bakımına ihtiyaç durumlarının da bu sistemler ile takip edilmesini önermektedirler. Bu önerinin daha gelişmiş hali Japonya’da uygulanmaktadır. Şöyle ki; yatağa bağımlı ve ileri yaştaki yaşlıların yoğun olduğu Mitsugi bölgesindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında halk sağlığı hemşireleri, sosyal hizmet görevlileri ve vaka yöneticileri istihdam edilerek önleyici bakım hizmetleri, sosyal yardım, danışmanlık hizmeti, sürekli ve kapsamlı bakım yönetim desteği hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Ülke çapında büyük beğeni toplayan bu programın yaygınlaştırılması ve finansal olarak sürdürülebilir olması için USB sigorta kanunu yeniden düzenlenmiştir. 2005 yılında Japonya’da Mitsugi belediyesinin geliştirdiği bu program bugün Mitsugi Sistemi olarak anılmaktadır (Sumer vd.,2019).

Mitsugi Sistemi’nin Türkiye’de uygulanabilirliği ile ilgili Sumer ve arkadaşları (2019) Dünya Bankası ve Japon Hükümeti’nin destekleriyle Türkiye’de Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması raporunu yayınlamışlardır. Bu raporda Türkiye’deki yaşlı nüfusun hızlı artışına bağlı artan USB hizmetleri talebinin yönetilmesi ile ilgili önerilerden bahsedilmiştir. Bu önerilerden en belirginini Aile Hekimliği Sisteminin, yaşlılara yönelik sağlık ve bakım hizmetleri odağında güçlendirilmesidir.

Kuruluş çalışanlarının “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki çözüm önerilerine ilişkin görüşleri cinsiyete, mesleki durumlarına ve alanda çalışma sürelerine göre değişmektedir. Buna göre kadın çalışanlar hizmete erişim ile ilgili çözüm önerilerine erkek çalışanlara göre daha fazla katılmaktadırlar. Alanda çalışma süresi 3-9 yıl olan çalışanların da “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki çözüm önerilerine katılım düzeyleri, 3 yıldan daha az süredir alanda çalışanlara göre daha yüksektir. Öte yandan meslek elemanları, “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yer alan çözüm önerilerine diğer çalışanlardan daha düşük seviyede katılmaktadırlar. Gül’e (2022) göre USB hizmetlerine erişimin sağlanması ve hizmete yönlendirme, danışmanlık yapma süreçleri bakım yöneticisi

tarafından organize edilmelidir. Buna göre yasal savunuculuk becerileri ve prosedürlere vakıf olmaları sebebiyle bakım yöneticisi olarak sosyal hizmet uzmanlarının görev yapması daha etkilidir. Bu tez çalışmasında da sosyal hizmet uzmanları, ankete katılan meslek elemanlarının büyük çoğunluğunu oluşturmaktadırlar.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “USB hizmetlerine erişim” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne yönelik öneriler ile ilgili düşüncelerine bakıldığında ise; hizmet alanların görüşlerinin “USB hizmetlerine erişim” sorunlarında olduğu gibi yaşa bağlı değiştiği görülmektedir. Ancak, bu sefer hizmet alanların yaşı yükseldikçe “USB hizmetlerine erişim” boyutundaki çözüm önerilerine ilişkin görüşleri olumsuz yönde değişmektedir. Buna karşın, yatılı bakım hizmetlerinden hizmet alanların %80’den fazlası bu boyut altındaki önerilere çoğunlukla veya tamamen katılmıştır.

Bu çalışma kapsamında Türkiye’de USB alanında yaşanan sorunlar ile ilgili üçüncü boyut “Kurumsal bakımın yükü (burden of institutional care)” boyutudur. Araştırmanın nitel bulgularına göre profesyonelleşme ve bakım destekleri temaları bu boyut altında toplanmıştır. USB hizmetlerinde profesyonelleşme, hizmetin USB alanında eğitim almış profesyoneller tarafından önceden belirlenen standartlara göre sunulmasıdır (Theobald ve Chon, 2020). Buna göre bakım açığını kapamak ve kaliteli hizmet sunmak için bakım hizmetlerinin profesyonelleşmesi gerekmektedir. Yapılan literatür taramasında bakımın profesyonelleşmesi konusunun evde bakım hizmetlerinin profesyonelleşme üzerinden tartışıldığı görülmüştür. Bu tez çalışmasında da “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlardan “profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediği için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyacın arttığı” ve “gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyacın arttığı” ifadeleri profesyonelleşme teması altında toplanmıştır. Moreno-Colom ve arkadaşları (2017) İspanyol toplumunun sosyokültürel yapısı sebebiyle, evde bakım hizmetlerinin profesyonelleşemediğinden bahsetmiştir. Buna göre toplumun geneli, bakım sürecini profesyoneller yerine aile içinde veya düşük ücretlerle çalışan ve eğitim seviyesi düşük kişilerle yönetmeyi seçtiğinde profesyonel evde bakıma talep oluşmamaktadır. Bakım işinin uzman olmayan kişilerce yapılması da karşılanmamış bakım (unmet needs) oranını arttırmaktadır. Palomo ve arkadaşları (2018), gündüz bakım hizmetleri kurumsal bir yapı altında sunulduğu için bu hizmetlerin

profesyonelleşmeye daha uygun olduğunu, ancak evde bakım hizmetlerinde profesyonelleşmede sosyokültürel farkların önemli olduğunu söylemektedirler. Buna göre sosyokültürel olarak alt kültürden gelen aileler, evde bakım hizmetlerini temizlik işini yapan kadınlar üzerinden sürdürmektedir. Bu kadınlar aynı zamanda güvencesiz çalışma şartlarını kabul etmektedir. Ancak, bakım hizmetini alan yaşlınin/engellinin bakım ihtiyacı tam olarak karşılanamamaktadır. Türkiye’de de benzer şekilde evde bakım ihtiyacı düşük ücretle çalışmayı kabul eden informal bakıcılarla karşılanmaktadır. Ancak, informal bakıcıların ne derece güvenli hizmet sunduğu bilinmemektedir. Genç ve Barış’a (2015) göre Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonelleşememesinin ana sebebi evde bakımda model arayışının bitmemesidir. Buna göre Türkiye’de evde bakım hizmetleri evde sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olarak ayrı kurumsal yapılar altında değerlendirilmekte ve evde bakım ihtiyacına biyo-psiko-sosyal bakış açısı ile yaklaşılmamaktadır.

Yatılı kurumsal bakımın yükünü artıran bir diğer durum da “yakınlarına evde bakan ailelerin yeterince desteklenmemesi” durumudur. Burada beklenen bakım desteği, yakınlarına evde bakan ailelere yönelik psiko-sosyal destekler ile bakım sürecinin yönetimi ile ilgili danışmanlık hizmetleridir. İngiltere’de bakım desteği (care support) bakım uygulama süreçlerinde destek, finansal destek ve aile üyelerinin psikolojik ve duygusal yönden desteklenmesi hizmetleri olarak görülmektedir (Gloucestershire, 2014). Ancak, Türkiye’de evde bakım desteği hizmetleri, yakınına bakanlara maddi yardım olarak sunulmaktadır. Konu ile ilgili detaylar tezin literatür kısmında “Türkiye’de USB Hizmetleri” bölümünde sunulmuştur.

“Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili kuruluş çalışanları ile hizmet alanların görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kuruluş çalışanlarının “kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili görüşleri; cinsiyete, mesleğe ve aylık gelir durumuna göre değişmektedir. Buna göre erkek çalışanlar “kurumsal bakımın yükü” boyutundaki sorunlarla ilgili kadın çalışanlardan daha olumlu düşünmektedirler. Benzer şekilde aylık geliri 4801-7499 TL olan çalışanlar “kurumsal bakımın yükü” boyutundaki sorunlarla ilgili aylık geliri 4800 TL ve altı olan çalışanlardan daha olumlu düşünmektedirler. Bu bulguların aksine

hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanları “kurumsal bakımının yükü” boyutunda yaşanan sorunlarla ilgili referans grup olan destek personele göre daha olumsuz düşünmektedirler. Bu bulguya benzer şekilde Palomo ve arkadaşları (2018) sağlık çalışanlarının ve meslek elemanlarının İspanyol USB sistemi üzerindeki düşüncelerini araştırdıkları çalışmalarında, bakım yükünü arttıran temel sorunun profesyonel evde bakım hizmetlerinin yetersizliği olduğunu bulmuşlardır.

“Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri, yaş ve medeni durumlarına göre değişmektedir. Buna göre hizmet alanların yaşı arttıkça “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri olumsuz yönde değişmektedir. Bunun aksine bekar hizmet alanlar evlilere göre bu boyuttaki sorunlarla ilgili daha olumlu düşünmektedirler. Arun’a (2011) göre Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu dulluktur. Buna göre bekar olarak nitelenen ancak dul kalan ve tek yaşayan yaşlı kadınlar, toplum temelli bakım uygulamaları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olamamaktadır. Bu yaşlılar, destek bakım ihtiyacında dahi olsa, sosyodemografik özellikleri sebebiyle sosyal endikasyon tanısıyla yatılı bakıma geçişleri yapılmakta; buna bağlı olarak da yatılı kurumsal bakımın yükü artmaktadır. Artan ve Irmak (2017) ise huzurevine kendi istekleri ile gelen yaşlıların kurum bakımını ailelerinin yanında kalmadan daha çok benimsediklerini, ancak profesyonel evde bakım imkânı olması halinde bu yaşlıların kendi evlerinde kalmayı tercih edecekleri sonucuna ulaşmıştır.

Araştırmanın nitel bulgularına göre “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler toplum temelli bakım, bakım destekleri ve erişilebilirlik temaları altında toplanmıştır. Toplum temelli bakım (community based care), yaşlının/engellinin kendi yaşam alanlarından ayrılmadan yerinde bakım hizmetleri almalarıdır. Evde bakım ve gündüz bakım hizmetleri toplum temelli bakım hizmetleridir (Weissert, 2005). Bu hizmetlerin yanında Türkiye’de engelliler için umut evi ve yaşlılar için yaşam evi modelleri toplum temelli bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Konunun detayları “Türkiye’de USB Hizmetleri” bölümünde sunulmuştur.

Erişilebilirlik temasında “Kentlerin yaşlı ve engelli nüfusa yönelik düzenlenmesi ile toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi” ifadesi yer almaktadır. Yaşlı/engelli nüfusa göre düzenlenen kentler, “erişilebilir kentler”/“yaşlı/engelli dostu kentler” olarak tanımlanmakta ve yaşlıların/engellilerin yaşama aktif katılımını destekleyen, yapı ve hizmetlerin erişilebilirlik standartlarına uygun olduğu yaşlılar/engelliler için güvenli mekanlardır (Tamkoç ve Bilgin, 2020).

Kuruluş çalışanları ile yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda geçen çözüm önerilerine ilişkin görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte kuruluş çalışanlarının bu boyut altında geçen önerilere ilişkin görüşleri yaş, öğrenim durumu ve mesleklerine göre değişmektedir. 30-44 yaş aralığındaki çalışanlar ile 45 yaş ve üzerindeki çalışanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yer alan çözüm önerilerine ilişkin görüşleri 30 yaş altındaki çalışanlara göre daha olumludur. Benzer şekilde hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının konu ile ilgili görüşleri diğer meslek grubuna göre daha olumludur. Bu bulgunun aksine hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının “Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki sorunlarla ilgili görüşlerinin olumsuz olduğundan bahsedilmişti. Buna göre bu meslek gruplarının “Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki çözüm önerileri ile ilgili daha olumlu düşünceleri; bu konuda yaşanan sorunlardan rahatsızlıklarını ve toplum temelli bakım, bakım destekleri, erişilebilirlik ile ilgili geliştirilen önerilere gereksinim duyduklarını göstermektedir. Bunun aksine kuruluş çalışanlarının öğrenim seviyesi yükseldikçe “Kurumsal bakımın yükü” ile ilgili önerilere katılım düzeyleri düşmektedir. Buna göre lisans ve yüksek lisans mezunu çalışanların bu önerilere katılma durumu olumsuzdur. “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yer alan önerilere çalışanlar, %80’in üzerinde çoğunlukla ve tamamen katılmışlardır. Ancak, “Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığının etkili bir araç olduğu” ifadesine katılmayanların ve kararsızların oranı %30’dur. Öte yandan lisans ve yüksek lisans mezunu çalışanlar, tüm çalışanların yaklaşık %32’sini oluşturmaktadır ve meslek elemanları en az lisans mezunu olmak zorundadır. Bu bulgulara göre meslek elemanlarının da içinde bulunduğu lisans ve üstü öğrenim seviyesine sahip çalışanların evde bakım aylığını desteklemediği yorumu yapılabilir.

“Kurumsal bakımın yükü” boyutundaki çözüm önerileri ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri de öğrenim seviyesine göre değişmekle birlikte, lisans ve üstü öğrenim seviyesine sahip hizmet alanların konu ile ilgili görüşlerinin diğerlerine göre olumsuz olduğu görülmektedir. Kuruluş çalışanlarındaki bulguya benzer durum burada da söz konusudur. Ayrıca hizmet alanların “Kurumsal bakımın yükü” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin önerilere katılım düzeyi, hizmetten yararlanma süresi arttıkça yükselmektedir. Hizmet alanların %60’a yakını 3 yıldan uzun süredir yaşlı bakım merkezlerinde yaşamaktadır. Bilindiği üzere 6 aydan uzun süren bakım USB’dır (Gürer vd., 2019). Ayrıca, bu çalışmada anket uygulamasına katılan yaşlıların mental durumunun sağlıklı olması şartı aranmıştır. Bu durumda çalışmaya katılan ve uzun süredir bakım merkezlerinden hizmet alan yaşlıların %60’ı mental açıdan sağlıklı yaşlılardır. Belki de bu yaşlılar toplum temelli bakım uygulamaları ve erişilebilir kentlerin oluşturulması ile kendi yaşam alanlarında yaşamlarını sürdürebilirlerdi. Hizmet alanların, hizmet alma süresi arttıkça toplum temelli bakım, bakım destekleri ve erişilebilirlik temalı ifadelerle katılım düzeylerinin artması ile ilgili bulgu yapılan yorumun doğruluğunu güçlendirmektedir.

Çalışma kapsamında Türkiye’de USB hizmetlerinde “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri (specialized care services)” boyutunda yaşanan sorunlar, karma kuruluşlar ve özel önlem gerektiren durumlar temaları altında incelenmiştir. Bu çalışmada yaşlı ve engellilerin bir arada bakıldığı kurumlar karma kuruluşlar olarak adlandırılmıştır. Ardahan ve Arabacı (2017) ise resmi ve gönüllü kuruluşların aynı çatı altında hizmet sunduğu kuruluşları karma kuruluş olarak almıştır. Bu çalışmada ise görüşmeciler kamuya bağlı huzurevlerinde ücretli ve ücretsiz yaşlıların bir arada bakılması durumunu da karma hizmet olarak adlandırmışlardır.

Özel önlem gerektiren durumlar teması altında Alzheimer/demans hastalıkları gibi uzmanlaşmış bakım gerektiren durumlar ele alınmıştır. Bu kapsamda yapılan t testi sonuçlarına göre kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Buna göre kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” ile ilgili yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri benzerdir.

“Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili kuruluş çalışanlarının görüşleri çocuk sahibi olma durumlarına göre değişmektedir. Buna göre çocuk sahibi olan çalışanlar çocuğu olmayanlara göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” ile ilgili sorunlara daha pozitif yaklaşmaktadırlar. Hendekçi ve Uğur (2020) bakım elemanları ile ilgili araştırmalarına katılanların %75’inin çocuk sahibi olduğunu ve %70’den fazlasının zaman yetersizliği, uyku düzeninde bozulma, yorgunluk sorunları yaşadığını bulmuşlardır. Korkut’a (2017) göre de engelli bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarının sorumlu oldukları engelli sayısı artıkça, kendine güvenli yaklaşım gerçekleştirmeleri negatif etkilenmektedir. Ayrıca çocuk sahibi olan bakım elemanlarından aile desteği düşük olanlar, işe karşı duyarsızlaşma eğilimindedirler. Bu tez çalışmasında da çocuk sahibi olanların uzmanlaşmış bakım eksikliğine bağlı yaşanan sorunlar ile ilgili daha olumlu olması, işe duyarsızlaşma eğilimi ile bağlantılı olabilir.

“Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunlar ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri, yaşa bağlı değişmekte ve hizmet alanların yaşı yükseldikçe bu boyutta yaşanan sorunlar ile ilgili görüşleri olumsuz yönde değişmektedir. Danış’a (2008) göre Türkiye’de yaşlıların en büyük sorunlarından biri ihtiyaçlarına uygun bakım ve destek gereksinimlerinin karşılanamamasıdır. Çalışmanın regresyon bulgularına benzer şekilde; Karakaş ve Durmaz (2017) da yaşlıların kendileri ile aynı durumda olan akranları ile birlikte olmalarının morallerini yükselttiğini, sağlıklarına pozitif yönde katkı sağladığını bulmuşlardır. Ancak, sağlık durumu negatife giden yaşlılarla birlikte olmak tam tersi etki etmektedir. Özer ve Karabulut’a (2003) göre yaşlıların yaşları yükseldikçe yaşam doyumları azalmakta ve bulundukları mekândan ve temas ettikleri kişilerden daha çok etkilenmektedirler.

Yapılan faktör analizleri sonucunda “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler; hizmetin sunum yeri, eğitim ve informal bakım verenler temaları altında toplanmıştır. Hizmetin sunum yeri teması altında toplanan “Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezlerinin kurulması” ve “Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olması” ifadeleri ile hastalık ve bağımlılık durumu tanısına uygun şekilde yapılandırılmış, ihtisaslaşmış bakım merkezleri işaret edilmektedir. Türkiye’de Alzheimer Derneği ile yerel yönetimlerin iş

birlikleri ile kurulan Alzheimer gündüz yaşam merkezleri ihtisaslaşmış bakım merkezlerine örnek olmakla birlikte böyle kurumsal yapıların ülke genelinde yaygınlaştırılması ihtiyacı bulunmaktadır (Şener ve Tekin, 2020). Ancak, Türkiye’de yatılı bakım merkezlerinde ihtisaslaşma henüz başlamamıştır.

“Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutu altında birleşen eğitim temalı ifadeler, USB alanında çalışanlara yönelik sunulması gereken hizmet içi eğitimler ile meslek örgütlerinin alandaki çalışanlara yönelik eğitim ve kariyer destekleri sağlaması konularını kapsamaktadır. Semerci ve arkadaşları (2020) USB çalışanlarının hizmet içi eğitim yetersizlikleri nedeniyle, bakım sürecinde inisiyatif kullanılması gereken durumlarla karşılaştıklarında zorlandıklarını bulmuşlardır. Danış ve Genç (2011) de bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması için hizmet içi eğitimlerin, çalışanların niteliklerini artıracak şekilde verilmesini önermektedirler.

İnformel bakım verenler teması altında yabancı bakıcılar konusu ele alınmıştır. Yabancı bakıcılar sıklıkla bakım sağladıkları kişi ile aynı dili konuşmamaları ve bakım konusundaki yetersizlikleri konusunda eleştirilmektedir. Ancak, Koyuncu (2018) ailelerin özellikle bakım hizmeti yanında ev işlerinde de çalıştırmak için yatılı yabancı bakıcı talep ettiklerini ve yaşanan sorunların karşılıklılık ilkesi temelinde ele alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Yapılan t testi sonuçlarına göre “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki çözüm önerileri ile ilgili kuruluş çalışanlarının ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Buna göre özellikle eğitim ve informal bakım verenler temaları altında yer alan ifadelerde iki grup arasında fark bulunmaktadır. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlar “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” ile ilgili önerilere, çalışanlara göre daha yüksek oranda katılmaktadırlar. Hizmet alanların özellikle informal bakım verenler temasında yer alan önerilere daha çok katılması, kurum bakımından önce bu bakım türünü denemiş olmalarından kaynaklanabilir. Nitekim, araştırmaya katılan görüşmecilerden il müdürlüğünde bir yönetici yaşlıların önce evde bakıcıları denediğini, ilerleme kaydedemeyince son çare olarak yatılı bakıma geldiklerini söylemiştir.

Kuruluş çalışanlarının “Uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki çözüm önerine ilişkin görüşlerine bakıldığında; kadınların erkeklere göre, 30 yaşından büyük çalışanların ise 30 yaş altındaki çalışanlara göre daha olumlu düşündükleri görülmektedir. Ayrıca hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanları daha konu ile ilgili olumlu görüştedirler. Pehlivan ve Vatansever (2019), hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmalarında kadın hemşireler içinde evli ve çocuklu olanlar ile yaşlı yakını olan veya ebeveyni vefat etmiş olan hemşirelerin yaşlı bakımına daha pozitif yaklaştıklarını bulmuşlardır. Ayrıca, bu grup hemşireler, yaşlı bakımında uzmanlaşmada (geriatri hemşireliği) daha isteklilerdir. Konu ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşlerine bakıldığında; hizmet alanların yaşı yükseldikçe “uzmanlaşmış bakım hizmetleri” boyutundaki önerilere yaklaşımları negatif yönde değişmektedir. Bu bulgu “uzmanlaşmış bakım hizmetlerinin” sorun ifadeleri ile ilgili görüşlerine benzer şekilde değişmektedir.

Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlara ait boyutlardan bir diğeri de “Standartlar ve iş doyumu (standardization and job satisfaction)” boyutudur. Bu boyut altında toplanan ifadeler, rol karmaşası/standartlar ve iş doyumu temaları altında ele alınmıştır. “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yer alan ifadeler yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlara uygulanan ankette yer almadığı için bu boyut ile ilgili hizmet alanların görüşleri bulunmamaktadır.

Rol karmaşası/standartlar teması altında “USB hizmetlerinde çalışan personelin mesleki yeterlilikleri ile ilgili standartların tanımlandığı” ifadesi yer almaktadır. Meslek standartların belirlenmesi hangi iş için hangi yeterliliklere sahip kişilerin istihdam edileceğinin bilinmesi açısından önemlidir (Tuncer ve Taşpınar, 2004). Türkiye’de mesleki standartları belirlemede görevli kurum T.C. Mesleki Yeterlilik Kurumu’dur. Bu kurum tarafından USB alanında çalışan meslek gruplarından hangilerinin mesleki yeterliliklerinin tanımlandığına bakıldığında; engelli ve yaşlı bakım elemanı seviye 3 ve 4, gerontolog seviye 6 yeterliliklerinin tanımlandığı görülmüştür. Ancak, USB alanında çalışan diğer meslek grupları ile ilgili tanımlanmış standartlar bulunmamaktadır. İşin gerektirdiği standartların ve uygulayıcıların mesleki standartlarının tanımlanmadığı durumlarda ise rol karmaşası ortaya çıkmaktadır. Rol karmaşası, rol çatışması veya rol

belirsizliği şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Ne şekilde adlandırıldığından bağımsız olarak konuya bakıldığında; bu karmaşa çalışanın iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik gibi olumsuz durumlarla sonuçlanmaktadır (Doğan vd., 2015).

İş doyumu temasının altında “Bakım elemanlarının USB hizmeti sunan kuruluşlarda devamlı çalışma istememesi” ile “Yaşlılığın ilerlemesi/engelliliğin artması durumlarının bakım verenin çalışma motivasyonunu düşürdüğü” ifadeleri yer almaktadır. Squires ve arkadaşları (2015) bakım elemanlarının iş doyumlarının sosyo demografik özelliklerinden bağımsız olarak örgüt kültüründen ve iş yükünden etkilendiğini bulmuştur. Bu tez çalışmasında ise kuruluş çalışanlarının “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunlarla ilgili görüşleri, sosyo demografik özelliklerinden olan çocuk sahibi olma durumuna göre değişmektedir. Şöyle ki; çocuk sahibi olmayanların konu ile ilgili görüşleri çocuk sahibi olan çalışanlara göre daha olumsuzdur. Coomber ve arkadaşları (2017) ve Scandura ve arkadaşları (1997)’ne göre mesleğe yeni başlayanlar ile küçük çocuk sahibi çalışanlar kurum kültüründen daha çok etkilenmektedir. Buna göre kurumsal yapı içinde personel destekleri (çalışanlar arası destek mekanizmaları, hizmet içi eğitim destekleri gibi) sağlanamadığı taktirde, bu çalışanların iş doyumları azaltmakta ve işten ayrılmalar başlamaktadır. Chamberlain ve arkadaşları (2016) da USB alanında çalışan bakım elemanlarının iş doyumsuzluğunun, işten ayrılmalar ile sonuçlandığını ve buna bağlı olarak kuruluşların personel devir hızının yükseldiğini, daha da önemlisi yaşlı/engelli bakım hizmeti uygulama süreçlerinin negatif etkilendiğini bulmuşlardır.

Türkiye’de USB hizmetlerinin değerlendirilmesinde “Standartlar ve iş doyumu” boyutunda yaşanan sorunların çözümüne ilişkin öneriler “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutu altında toplanmıştır. Bunun yerine çözüm önerilerinde “Evde bakım hizmetleri” boyutu yer almaktadır. “Evde bakım hizmetleri” boyutunda yer alan öneriler her iki grup anket çalışmasında yer almakla birlikte, kuruluş çalışanlarının ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” ile ilgili çözüm önerileri hakkındaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kuruluş çalışanlarının “Evde bakım hizmetleri” boyutundaki çözüm önerilerine ilişkin görüşleri; çalışanların yaşları yükseldikçe pozitif yönde artmaktadır. Ayrıca, bu görüşler çalışanların hemşire/ATT/sağlık teknikeri ve meslek elemanı olma durumuna göre de olumlu yönde değişmektedir. Bu bulguya benzer şekilde Aksakal (2014) sağlık çalışanlarının yakınlarının bakım ihtiyacı olduğunda nerede bakılmasını tercih edecekleri konusunda yaptıkları çalışmalarında sağlık çalışanlarının yarısının evde profesyonel bakımı tercih ettiğini bulmuşlardır. Berkman (2019) ise bakım elemanlarının evde bakım hizmetlerinde çalışmayı yorucu ve yıpratıcı bulduklarını ve bunun yerine kurumsal bakımı tercih ettiklerini bulmuşlardır. Bu çalışmanın bulgularının aksine Goh ve arkadaşları (2022), Avustralya’da evde bakım hizmetlerini inceledikleri çalışmalarında, evde bakımın kalitesinin hizmeti sunan profesyonellerin eğitim seviyesine göre değiştiğini bulmuşlardır.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Evde bakım hizmetleri” boyutundaki önerilere ilişkin görüşleri ise hizmet alanların yaşı yükseldikçe olumsuzlaşmaktadır. Bunun nedeni özellikle 85 yaş ve üzerindeki sağlık bakım ihtiyacının artması olabilir. Şöyle ki; çalışmaya katılan hizmet alanların yaklaşık %33’ü 85 yaş ve üzerindedir. Sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle kuruluşa gelen hizmet alanların oranı ise %38’dir. Bu bulguya istinaden yaşlıların yaşları yükseldikçe ve sağlık bakım ihtiyacı arttıkça evde bakım yerine kurum bakımını tercih ettikleri yorumu yapılmaktadır. Bu bulguya benzer şekilde, Wollf ve arkadaşları (2006) evde bakım hizmeti almayı tercih eden yaşlı engelli kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, yaşlıların GYA ile EGYA’lerine destek ihtiyacı ile tıbbi bakım ihtiyacı arttığında hemşire bakımevlerini tercih ettiklerini tespit etmişlerdir. Öte yandan Ögüt ve arkadaşları (2017) kendi istekleri ile huzurevine gelen yaşlıların mahallelerini özlediklerini ve mümkün olsa evinde yaşlanmak istediklerini bulmuşlardır. Wei ve Zhang (2020) de Çin’de 44 bölgede toplam 3260 yaşlı bireyin USB tercihlerini incelemişlerdir. Buna göre yaşlıların %82’sinin evde bakımı, %12,89’unun ise kurum bakımını tercih ettiğini bulmuşlardır. Kurum bakımını tercih edenler bulundukları bölgede diğer bakım türlerinde arzın oluşmaması sebebiyle, tıbbi bakım ve barınma ihtiyaçlarını gidermek için bu şekilde tercihte bulunmuşlardır.

USB hizmetlerinde yaşanan sorunlardan “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda iletişim problemleri, şiddet ve istismar, bakım verenin yükü temalarına ait ifadeler yer almaktadır. Hizmet alan ve çalışanlar arasındaki iletişim problemleri ve ilişkileri, USB alanında en çok araştırılan konulardandır. Wilson (2008), hizmet alan, yakınları ve çalışanlar ile görüşme ve odak grup tekniği kullanarak hizmet sürecini geliştiren ilişki türlerini araştırmıştır. Buna göre USB hizmetlerinde sıklıkla kullanılan üç ilişki türü vardır. Bunlar pragmatik, kişisel ve duyarlı, karşılıklı etkileşim. Ayrıca hizmet alan ve çalışanlar arasındaki ilişkiler liderlik ve takım çalışmasından etkilenmektedir. Bunun devamı niteliğinde Wilson (2009), hizmet alan yakını ve çalışanlar arası ilişkileri incelemiş ve bu ilişkileri etkileyen temel faktörler olarak yine liderlik, personelin sürekliliği, personelin hayat görüşü ve hizmet alanın ailesinin motive eden sözleri olduğunu tespit etmiştir. Buna göre iletişim ve bakımın organizasyonu yüksek derecede ilişkilidir. Yine başka bir çalışmada Wilson ve Davies (2009), İngiltere’de 2003-2005 yıllarında kalan üç yaşlı bakım evinde kalanlar, yakınları ve çalışanlar ile görüşmeler yapmış ve hizmet alanlar ve çalışanlar arasındaki ilişkinin hizmetin teslim sürecini etkilediğini bulmuştur. Buna göre hizmet alan ve çalışanlar arasında üç tip ilişki türü vardır. Bunlar görev merkezli ilişkiler, kuruluş merkezli ilişkiler, birey merkezli ilişkilerdir. Çalışan ve hizmet alan iletişimi ile ilgili bir başka çalışmada Haunch ve arkadaşları (2021), çalışanların davranışları ile hizmet alanların kaliteli hizmet algısını araştırmışlar ve hizmet kalitesinin temel belirleyicisinin çalışanların davranışları olduğunu bulmuşlardır. Çalışanların davranışları ise hizmet alanın memnuniyetinin temel belirleyicisi olmaktadır.

Şiddet ve istismar temasında personelin hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasız olduğu ifadesi yer almaktadır. Macit ve Kablay (2018), özel bakım merkezlerinde çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmalarında kadın çalışanların özel bakım merkezlerinde kalan hastaların saldırgan davranışlarına maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir. Yapılan literatür taramasında USB alanında çalışanların maruz kaldıkları şiddet ve istismar ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Uluslararası yayınlara konu olan çalışmalar yaşlı istismarı ve ihmali olduğu odağından giderken, ulusal yayınlarda sağlık çalışanlarının uğradıkları şiddete yönelik çalışmalar dikkat çekmektedir.

“Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda işlenen diğer bir tema da bakım verenlerin yükü temasıdır. Bu tema altında evde bakım verenlere ait ifadeler yer almaktadır. Buna göre kuruluş çalışanlarının ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların bu boyutta yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak da anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara katılım düzeyleri, kuruluş çalışanlarından daha yüksektir. Hizmet alanlar özellikle iletişim problemleri ile şiddet ve istismar teması altında yaşanan sorunlara karşı daha duyarlıdırlar.

Kuruluş çalışanlarının “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri, çocuk sahibi olma durumlarına göre değişmektedir. Şöyle ki; çocuk sahibi olmayan çalışanlar, çocuk sahibi olanlara göre birincil bakım verenler ile ilgili sorunlara karşı daha olumsuz düşünmektedirler. Semerci ve arkadaşları (2020)’ne göre bakım alanında çalışanlar en çok vardiyalı çalışma sisteminin zorluğu, kurum içi eğitimlerin yetersizliği ve iletişim problemlerine bağlı sorunlar yaşamaktadır. Kızılkaya ve Sarı’ya (2023) göre de huzurevi çalışanlarının en sık karşılaştıkları sorunlar, iletişim sorunları ile merhamet yorgunluğudur. Danış ve Genç’e (2011) göre bakım elemanları moral bozukluğu, yorgunluk, psikolojik sorunlar, sağlık sorunları, çalışma şartlarına ilişkin sorunlar, hapsedilmişlik duygusu, uyku bozuklukları ve maddi sorunlar yaşamaktadırlar. Evli ve çocuk sahibi kadın çalışanlar, bu sorunlarla daha çok karşılaşmaktadır.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda yaşanan sorunlara ilişkin görüşlerine bakıldığında; kadın hizmet alanların erkeklere göre daha olumlu düşündüğü görülmektedir. Ayrıca, hizmet alanların yaşı yükseldikçe bu boyutta yaşanan sorunlara karşı daha olumlu düşünmektedirler. Bu boyut altındaki dikkat çekici bulgulardan biri “Çalışanların hizmet alan ve yakınlarından gelecek şiddete karşı savunmasız” olduğu ile ilgili ifade hizmet alanların en çok katılım gösterdikleri ifadedir. Hizmet alanlar bu ifadeye çalışanlardan daha çok katılım göstermişlerdir.

“Hizmetin Sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutuna ilişkin geliştirilen çözüm önerileri rehberlik, bakım verenin yükü, iş doyumu ve eğitim temalarına ait ifadelerden oluşmaktadır. Rehberlik temasına ilişkin ifade “gündüz bakım merkezlerinde rehberlik hizmetlerinin de sunulması” ile ilgilidir. Yağcıoğlu ve Atman (2023) engelli gündüz bakım rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerince sunulan rehberlik hizmetlerinin engelli yakınlarının ihtiyacını karşılamada yetersiz kaldığını bulmuşlardır. Çelebi ve Yüksel (2014) de gündüz bakım merkezlerinde Alzheimer/demans gibi özel önlem gerektiren yaşlıların ailelerine sunulan rehberlik hizmetlerinin yeterli seviyede olmadığını söylemektedirler.

“Hizmetin Sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutunda bakım verenin yükü teması altında “Tam bağımlı bireylerin yatılı bakıma alınması konusunda teşvik edilmesi”, “Evde bakım hizmetlerinin bakım verenin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmesi”, “Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulması” önerileri yer almaktadır. Seidlein ve arkadaşları (2020), evde bakım hizmetleri alan 10 yaşlı, evde bakım hizmeti veren 8 informal bakıcı ve profesyonel evde bakım hizmeti sunan 10 formal bakım veren üzerinde yaptıkları araştırmada, informal bakım verenler tarafından bakılan yaşlıların bakım açığı olduğunu bulmuşlardır. Bu bakım açığı 3 sebeple oluşmaktadır. Birincisi bakımın aşırı sunulması (overprovision of care) sebebiyle informal bakım veren kendini yeterli hissetmiyorsa bakım alan yaşlıya ihtiyacı olmayan bakım hizmetlerini de vermektedir. Şöyle ki, bakım veren yaşlının bağımsız hareket etmesini sağlamak yerine yaşlının her türlü ihtiyacını kendi giderdikçe, yaşlılar tembelleşmekte ve kapasite kaybı yaşamaktadırlar. İkincisi bakımın yetersiz sunulması (underprovision of care) ve üçüncüsü yanlış bakım hizmeti sunulmasıdır (misprovision of care). Seidlein’e (2020) göre informal bakım verenlerin bakım hizmetleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarında bahsi geçen sebeplere bağlı bakım açığı oluşmaktadır.

Rehberlik ve bakım verenin yükü temaları dışında “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki çözüm önerileri kısmen iş doyumu ve sağlık çalışanlarının eğitimi konularını da kapsamaktadır. Buna göre bu boyut altında kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların görüşleri arasında fark olup olmadığına bakıldığında; hizmet alanların

bu önerilere daha çok katıldığı ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur. Özellikle, eğitim ve iş doyumu ile ilgili ifadelerde bu fark daha belirgindir. Semerci ve arkadaşları (2020) bakım alanında çalışanların iş doyumunu artırmak için, iş yükünün rasyonel bir şekilde belirlenmesini ve çalışanlarının niteliklerini artıracak şekilde hizmet içi eğitimler verilmesini önermektedir. Danış ve Genç (2011) de hizmet içi eğitimlerin çalışanların niteliklerini artıracak şekilde verilmesi ile çalışanlara sosyal destek sağlanmasının iş doyumunu artıracaklarını söylemektedirler.

“Hizmetin Sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki çözüm önerilerine ilişkin kuruluş çalışanlarının görüşlerine bakıldığında kadın çalışanların bu önerilere daha olumlu baktıkları görülmektedir. Bakım sürecinde yaşanan sorunlardan en çok evli ve çocuklu kadınların etkilendiği düşünüldüğünde bu bulgu beklendiği gibidir. Bunun yanında hemşire/ATT/sağlık teknikerleri ile meslek elemanlarının çözüm önerilerine katılım düzeyi daha yüksektir. Işıkhani (2018), USB veren kuruluşlarda bakım yükü en ağır grubun bakım elemanları olduğunu ve hizmetin kalitesinin artması için bakım elemanlarının iş doyumunu artıracak düzenlemelerin yapılmasını önermektedir. Bu çalışma kapsamında anket uygulamasına katılan çalışanların yaklaşık %42’si bakım elemanlarından oluşmaktadır. Ancak, beklendiği gibi bakım elemanlarının konu ile ilgili görüşlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doran ve arkadaşları (2017) ve Carr ve arkadaşları (1994) ise USB alanında çalışan hemşirelerin tükenmişlik durumlarına dikkat çekmekte ve USB alanında çalışan sağlık çalışanlarının iş doyumunun artırılması için personel güçlendirme programları geliştirilmesi ile kurumsal aidiyeti artırıcı faaliyetlerde bulunulmasını önermektedirler. Öte yandan “Hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler” boyutundaki çözüm önerilerine ilişkin hizmet alanların görüşlerine bakıldığında; hizmet alanların yaşları yükseldikçe bu önerilere katılım düzeylerinin düştüğü görülmüştür.

Türkiye’de USB hizmetlerinin incelendiği son boyut “Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutudur. Bu boyutta yaşanan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri hizmet alanın memnuniyeti teması altında işlenmiştir. Sion ve arkadaşları (2019), USB hizmeti alanların memnuniyetini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında memnuniyetin; hizmet alanın beklentileri, hizmet alma süreci ve hizmet

sonrası süreçteki deneyimlerinden etkilendiğini bulmuşlardır. Buna göre beklentiler bireysel ihtiyaçlara ve geçmiş deneyimlere göre şekillenmektedir. Deneyimler ise personel ile hizmet alanın ilişkisinden yüksek oranda etkilenmektedir. Aynı şekilde alınan hizmet sonrası memnuniyet, yaşlının sağlık statüsündeki iyileşme hali ile bakım veren personele olan güveninden etkilenmektedir.

“Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki sorun ifadelerine ilişkin kuruluş çalışanlarının ve yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre çalışanların bu boyut ile ilgili ifadelere katılım düzeyleri hizmet alanlara göre daha yüksektir. Yani, çalışanlar daha yüksek seviyede hizmet alanların tercih ve görüşleri ile geri bildirimlerinin dikkate alındığını düşünmektedirler.

“Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki sorun ifadeleri ile ilgili kuruluş çalışanlarının görüşleri yaşa, öğrenim durumuna ve aylık gelir durumuna göre değişmektedir. Buna göre çalışanların yaşı ve öğrenim seviyesi yükseldikçe bu boyuttaki sorunlar ile ilgili düşünceleri olumsuzlaşmaktadır. Benzer şekilde çalışanların aylık geliri yükseldikçe bu boyuttaki sorunlar ile ilgili düşünceleri olumsuzlaşmaktadır. Bowers ve arkadaşlarına (2020) göre USB alanında çalışanların öğrenim seviyesi ve mesleki deneyimleri düştükçe hizmet alanlar ile kurdukları ilişki derinleşmektedir. Buna göre çalışanların öğrenim seviyesi düştükçe kurum bakımındaki yaşlıların görüşlerine daha çok dikkat etmekte ve bunun bakımın kalitesini yükselttiğini düşünmektedirler.

“Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki sorun ifadeleri ile ilgili yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların görüşleri, medeni duruma ve kuruluşa gelme sebebine göre değişmektedir. Şöyle ki; bekar hizmet alanlar evlilere göre ve yalnızlık sebebiyle kuruma gelenler sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle gelenlere göre konu ile ilgili daha olumlu düşünmektedirler. Angel ve arkadaşları (2008) ABD’de kurum bakımındaki yaşlıların büyük bir çoğunluğunun dullardan oluştuğunu tespit etmişler ve erkek ve kadın dulların yatılı bakıma geliş sebeplerini araştırmışlardır. Buna göre erkekler sosyal destekler konusunda kadınlardan daha dezavantajlı oldukları için yalnızlık sebebiyle kurum bakımına yerleşmektedirler. Kadınlar ise sosyal destekler bakımından erkeklerden

daha avantajlı oldukları için öncelikli olarak evde bakımı tercih etmektedirler. Ancak, kadınların sağlık bakım ihtiyacı arttığında yatılı kurum bakımına yerleşmektedirler.

“Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki çözüm önerileri, hizmet alanların kendileri ile ilgili konularda görüşlerinin sorulması yani; kendileri ile ilgili kararlara katılım sağlamaları yönünde geliştirilmiş önerilerdir. Hizmet alanların kendileri ile ilgili yönetsel kararlara katılımına yönelik Ankara ilinde resmi bir huzurevinde şöyle bir uygulama bulunmaktadır. Hizmet alanlar kendi içlerinden bir temsilci seçerler ve bu temsilci aylık yapılan kurum içi organizasyon ve değerlendirme toplantılarına katılarak hizmet alanların bakış açısına göre kurum içindeki işleyişi değerlendirir ve taleplerini iletir. Hizmet alanların talepleri ile ilgili olarak Wang ve arkadaşları (2019), Hong Kong’da yaşlıların USB taleplerini, otonomi ve tercih esnekliği açısından inceledikleri çalışmalarında yaşlıların talepleri ile otonomi hakkına sahip olmalarının ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Yani, hizmet alanları kendileri ile ilgili alınan kararlara katıldıklarında tercihlerini daha kolay ifade etmektedirler. Ancak, bilgi asimetrisinin yoğun olduğu ortamlarda hizmet alanlar katılımlarını sınırlandırmakta ve yalnızlaşmaktadırlar. Abbott ve arkadaşları (2018) hemşire bakım evlerinde kalan yaşlıların bakım planlarının birey odaklı yapılabilmesi için hizmet alanların tercihlerinin önemli olduğunu belirtmektedirler. Bu çalışma bulgularının aksine; Shih ve arkadaşları (2020) Tayvan’da bakım ihtiyacında olan yaşlıların profillerini inceledikleri çalışmalarında kurumsal bakım alan ve aylık geliri düşük olan yaşlıların, hizmete ilişkin tercihlerinin dikkate alınıp alınmadığından bağımsız bir şekilde sunulan hizmetlerden daha memnun olduklarını ve yine Tayvan’da çocuk sahibi olan yaşlıların yatılı bakım yerine daha çok evde bakımı tercih ettiklerini bulmuşlardır.

Bu açıklamalardan sonra kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların “Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki önerilere ilişkin görüşlerine bakıldığında; kuruluş çalışanlarından hemşire/ATT/sağlık teknikeri ile meslek elemanlarının konu ile ilgili görüşlerinin olumlu olduğu görülmektedir. Yine kuruluş çalışanlarının yaşı yükseldikçe bu önerilere daha çok katıldıkları, hizmet alanların ise yaşları yükseldikçe daha az katıldıkları görülmüştür. Bu durumda hizmet alanların yaşları yükseldikçe kendileri ile ilgili otonomi hakkından feragat ettikleri yorumu yapılabilir. Ekmekçi ve

Arda (2015) yaşlıların yaşları yükseldikçe kognitif ve fiziksel becerilerinde yaşanan kayıpların, bireyin otonomisini azalttığını vurgulamaktadırlar. Benzer şekilde hizmet alanların kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanma süresi arttıkça “Hizmet alanın kararlara katılımı/memnuniyet” boyutundaki önerilere ilişkin görüşleri olumsuz yönde değişmektedir. Bu bulguya benzer şekilde Çimen ve arkadaşları (2010) yaşlıların huzurevinde kalma süreleri arttıkça memnuniyetleri ve kararlara katılımları azaldığını bulmuşlardır.



7. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de USB hizmetleri Başbakanlık’a bağlı SHÇEK kurumu ile kurumsal bir yapıda sunulmaya başlanmıştır. 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın kurulması ile bu hizmetler Bakanlık nezdinde sürdürülmeye devam etmiştir. Kurumsal yapının değişimi USB hizmetlerine olan bakışı değiştirmesi açısından önem arz etmektedir. Şöyle ki, bakıma muhtaç kişi tanımı bakım ihtiyacındaki birey tanımına evrilmiştir. Bakıma muhtaç kişi tanımlanırken gelir düzeyi düşük veya herhangi bir geliri olmayan, bakım ihtiyacını karşılayacak durumda olmayan veya bunu karşılayacak yakını bulunmayan hem sosyal hem de fiziksel olarak bağımlı kişiler anlaşılmakta idi. USB sistemi de bu bakış açısıyla planlanmış idi. Öyle ki, bugün hala kullanılmakta olan yasal düzenlemelerde bakıma muhtaç kişi ibaresi kullanılmaktadır. Bu durum sunulan hizmetlere de yansımaktadır. Bu bakış açısının sonucu olarak engelli ve yaşlıların yatılı bakımı aldıkları merkezler, barınma ve doyma ihtiyacının giderildiği meskenler olarak düşünülmekte idi. 2000’li yıllarda Türkiye’de yaşlı nüfusun artması, özellikle yaşlılara yönelik hizmetlerin geliştirilmesi ihtiyacını beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte yaşlı bir bireyin yakınları olsa da ekonomik yönden kabul edilebilir bir seviyede yaşasa da bakıma ihtiyaç duyabildiği anlaşılmaya başlanmıştır. Bu durum her yıl daha da görünür olmakta ve huzurevleri ile yaşlı bakım merkezlerine karşı toplumun negatif bakışının değişmesine sebep olmaktadır. Ancak, gelişmiş ülke USB sistemleri incelendiğinde Türkiye’de USB hizmetlerinin tam olarak sistematik bir temelde ele alınmadığı görülmektedir.

Bu çalışma Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunları ve bu sorunların çözümüne ilişkin önerileri paydaşların görüşlerine dayalı ortaya koyma amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda belirlenen paydaşlardan; politika belirleyici konumdaki yöneticiler, il müdürlüklerinde iş ve işlemleri yürüten yöneticiler, kamu ve özel sektöre ait USB veren kuruluşların yöneticileri, USB alanında çalışan STK’ların ve bu alanda çalışanlara ait meslek örgütlerinin yöneticileri arasından 20 görüşmeci belirlenmiştir. Görüşmelerden elde edilen 65 ifade/kod sistematik bir şekilde derlenerek 25 tema ve 7 kategori altında

gruplandırılmıştır. Bu ifadelerle dayalı hazırlanan soru kâğıdı, USB veren kuruluşlarda çalışan ve bu kuruluşlardan hizmet alanlar 436 katılımcı üzerinde uygulanmıştır.

Katılımcıların USB alanında yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin 65 ifadeye verdikleri cevaplar üzerinden yapılan açıklayıcı faktör analizleri sonucunda; Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunların ve çözüm önerilerinin kurumsal bakımın yeterliliği, USB hizmetlerine erişim, kurumsal bakımın yükü, standartlar ve iş doyumu, uzmanlaşmış bakım hizmetleri, hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler ile hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet boyutları açısından ölçümü ya da değerlendirilmesinin yapısal olarak geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür.

Çalışmada kuruluş çalışanlarının ve hizmet alanların USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin görüşleri arasında fark olup olmadığını ve katılımcıların USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin görüşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amaçlanmıştır.

USB hizmetleri sunan kuruluş çalışanlarının yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine ilişkin görüşleri cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB alanında çalışma süresi ve aylık gelir durumlarına göre incelenmiştir. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlar ile bunların çözümüne ilişkin görüşleri ise cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, USB hizmetlerinden yararlanma süresi, kuruluşa gelme sebebi ve aylık gelir durumlarına göre incelenmiştir.

Kuruluş çalışanları ile hizmet alanların Türkiye’de USB hizmetlerinde yaşanan sorunlarla ilgili görüşleri incelendiğinde; USB hizmetlerine erişim, kurumsal bakımın yükü ve uzmanlaşmış bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlar ile ilgili her iki grubun değerlendirmelerinin benzer olduğu bulunmuştur. Ancak, yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanlar kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği, hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler ile hizmet alanların kararlara katılımı/memnuniyet boyutlarında yaşanan sorunlara daha yüksek katılım göstererek USB hizmetlerinde duyarlı oldukları alanları göstermişlerdir.

Hizmet alanların ankette yer alan ifadelerle katılım düzeylerinden özellikle yatılı kurumsal bakım hizmetlerinin yetersizliğinden ve yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamamasından etkilendikleri anlaşılmaktadır. Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların yaşları yükseldikçe kurumsal bakımın yeterliliği, kurumsal bakımın yükü ve uzmanlaşmış bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlara karşı duyarlılıkları artmaktadır. Bununla birlikte sağlık bakım ihtiyacı olan ileri yaştaki yaşlılar (85 yaş ve üstü), kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliğinin artırılmasına yönelik önerilere daha çok katılmaktadırlar. Bu durum ileri yaştaki ve sağlık bakım ihtiyacı olan yaşlıların ihtisaslaşmış yatılı kurum bakımına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

75 yaş ve altındaki yaşlıların ise daha çok USB hizmetlerine erişim sorunları yaşadığı ve bu konudaki önerilere daha çok katıldıkları görülmüştür. Kendi yaşamını planlamada otonomi sahibi olabilecek yaşta olan bu yaşlıların, kurumsal bakım uygulamalarına erişimde karşılaştıkları sorunlar; kamuya ait huzurevlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu, özel huzurevlerinde ise yüksek ücretlerle karşılaşılmasıdır.

Kurumsal bakıma erişim ve kurumsal bakımın yeterliliği konusunda sıra bekleme süreleri önemli bir ölçüttür. Özel huzurevleri cepten ödemelerle karşılandığı için ve özel huzurevlerinin sayısının kamuya ait olanların yaklaşık 3 katı olmasına bağlı olarak özel huzurevlerinde sıra bekleme söz konusu olmamaktadır. Kamuya ait olan huzurevlerinde ise sıra olduğu biliniyor olmasına rağmen ne kadar kişi sırada bekliyor ve ortalama ne kadar süre bekleniyor bunlarla ilgili verilere ulaşamamıştır. Konuya kamuya ait engelli bakım merkezleri açısından bakıldığında, 2022 yılı itibari ile 2980 engellinin kamuya ait bakım merkezlerine alınmak için sırada olduğu verisine ulaşılmıştır. Sıra bekleme konusunu USB hizmetine olan talebin arz açığı yaratması olarak yorumlamak mümkündür.

Sıra bekleme süreleri ve kuruluş ücretleri bakım hizmetlerine erişim konusundaki engellerdendir. Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretlerinin yüksekliği en çok dar gelirli emeklileri etkilemektedir. SGK girişi bulunmayan ve herhangi bir mal varlığı olmayan yaşlılar barınma ve bakım konusunda sıkıntı yaşadıklarında 183 hattına ihbarda bulunulması durumunda acele bir kararla kurum bakımına alınmaktadır. Ancak,

SGK girişi olan emekliler için bu durum söz konusu olmamaktadır. Onlar barınma ve bakıma ihtiyaç duyduklarında kamuya ait kuruluşlar için sıraya girmektedirler. Özel kuruluş ücretlerini ise karşılamakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu durum Türkiye’nin akit taraf olduğu uluslararası antlaşmalara da (Avrupa Sosyal Şartı gibi), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na da aykırı bir durum oluşturmaktadır. Öte yandan özel engelli bakım merkezlerinde bakılan engellilerin ücretleri devlet tarafından karşılanırken özel huzurevlerinde böyle bir durum söz konusu değildir. Türkiye’de USB hizmetleri genel vergi gelirlerinden ASHB Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü’ne aktarılan gelirler ile finanse edilmektedir. Ancak, artan USB talebi düşünüldüğünde bu şekilde finansman şekli sürdürülebilir görünmemektedir. Konu ile ilgili kurumsal USB hizmetlerinin devlete maliyeti ile sürdürülebilir bir finansal sistem ile ilgili çalışmalar yapılması ihtiyacı bulunmaktadır. Ancak, her halükârda USB hizmetlerinin sürdürülebilir olması için bu alana farklı kanallardan da gelir aktarılması gerektiği aşıkardır. Bu da ancak bakım güvence sisteminin veya gelişmiş ülkelerdeki adıyla uzun süreli bakım sigorta sisteminin uygulamaya geçilmesi ile söz konusu olacaktır.

Bakım sigorta sistemi ile ilgili hizmet alanların görüşleri incelendiğinde; erkek yaşlılar ile bekar yaşlıların bakım güvence sisteminin olmamasından, evde bakım desteklerinin yetersizliğinden ve yabancı uyruklu bakıcıların sundukları hizmetlerden daha çok rahatsızlık duyduklarını bulunmuştur. Buna bağılı olarak, yatılı kurumsal bakımın yükünü artıran sebeplerden birinin yalnız yaşayan yaşlıların kendi yaşam alanlarında desteklenmemesi sorunu olduğu görülmüştür. Yaşlıların kendi yaşam alanlarında desteklenmesi “yerinde yaşlanma” kavramı ile ele alınmakta ve yerinde yaşlanma için en çok tercih edilen model evde bakım olmaktadır.

Alan yazında özellikle evde bakımın güçlendirilmesinde Türkiye’de USB sigorta sisteminin geliştirilmesi konusu ele alınmış ve Türkiye için USB sigorta model önerileri (Balta, 2022; Kocabaş ve Emre, 2020; Hekimler, 2019; Ağören, 2017) geliştirilmiştir. Bu konu araştırmaya katılan görüşmeciler ve katılımcılar tarafından da sıklıkla ifade edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde USB sigortası evde bakım ve kurumsal bakımı kapsamaktadır. Ancak, Türkiye’de henüz gelişmiş bir evde bakım sistemi mevcut değildir. Evde bakım farklı kurumsal yapılar altında farklı şekillerde sunulmaktadır.

Türkiye’de USB kapsamında evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri ile ilgili tarafı, SB tarafından evde sağlık hizmeti olarak sunulmaktadır. ASHB evde bakım hizmetlerinde maddi yardım yapmaktadır. Evde bakım aylıkları engelli evde bakım aylığı ve engelli yakını aylığı şeklinde iki türlü olarak işlemektedir. Evde destek hizmetleri ise genelde belediyeler tarafından sunulmaktadır. ASHB, evde destek ve gündüz bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için 2016 yılında YADES (yaşlı destek programı) adı altında bir proje geliştirmiştir. Bu proje, belediyeleri evde destek ve gündüz bakım merkezi hizmetleri geliştirmeleri için desteklemek amaçlı bir projedir. Projenin yıllık bütçesine bağlı olarak sınırlı sayıda belediye bu hizmetlerden yararlanabilmektedir. Ancak, bu proje sosyal belediyeciliğe ivme kazandırması ve belediyelerin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına dikkat etmeye başlaması açısından önemli bir yere sahiptir. Çalışmanın bulguları da özellikle 75 yaş altındaki yaşlılardan kamuya ait huzurevlerindeki bekleme sıralarından ve özel huzurevlerinin yüksek ücretlerden muzdarip yaşlıların, evde bakım hizmetlerinin ve evde bakım desteklerinin geliştirilmesine daha çok ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre yaşlıların yaşları yükseldikçe kurum bakımından memnuniyetleri azalmakta ve sunulan hizmetlerde tercihlerinin ve görüşlerinin alınmadığını düşünmektedirler. Bununla birlikte, yaşlıların kendileri ile ilgili kararlara katılma konusunda istekli oldukları görülmektedir. Özellikle sağlık bakım ihtiyacı sebebiyle kuruluşa gelen erkeklerin bu konuda daha istekli oldukları görülmüştür.

Yatılı bakım merkezlerinden hizmet alanların yatılı bakım ile ilgili rahatsız oldukları bir diğer konu, bakım hizmeti sunan personel ile yaşanan iletişim problemleri ve personelin şiddet ve istismara karşı savunmasız olmasıdır. Bu rahatsızlıklarına paralel olarak hizmet alanların kuruluş personelinin güçlendirilmesi (personel empowerment) ile ilgili konulara yüksek oranda katılım gösterdikleri görülmektedir.

Bu bulgular ışığında USB hizmetlerinin ana paydaş grubu olan hizmet alanların makro ölçekte; yatılı bakım hizmetleri, nüfusun yaşlanmasına bağlı sorunlar ile sıra bekleme süreleri ve yüksek bakım ücretleri gibi hizmete erişim engellerinden rahatsız oldukları bulunmuştur. Buna karşın hizmet alanlar kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliğinin

artırılmasını, hizmete erişim engellilerinin kaldırılmasını, bakım hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesini ve ihtisaslaşmış bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını istemektedirler. Mikro ölçekte ise karma kuruluşlarda olmaktan, hizmet alanların personel ile iletişim problemlerinden, personelin şiddet görmesi ile istismar edilmesinden ve kendileri ile ilgili kararlara katılımlarının kısıtlanmasından olumsuz etkilendikleri görülmüştür. Buna karşın hizmet alanların kuruluş personelinin güçlendirilmesine yönelik önerilere daha çok katıldıkları ve kuruluşların hizmet alanlara uygun şekilde tasarlanması ile kendileriyle ilgili kararlara katılımlarının desteklenmesini istedikleri görülmüştür.

Nicel araştırma bulgularına göre kuruluş çalışanlarının öğrenim seviyesi yükseldikçe kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliği ile USB hizmetlerine erişimdeki sorunlara hassasiyetleri artmaktadır. Özellikle yaşlı ve engellilerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamalarının bakım ihtiyacını artırdığını düşünmektedirler. Yaşlıların ve engellilerin uygun bakımı alabilmeleri için öncelikle bakım ihtiyacının doğru tespit edilmesi ve tespit komisyonlarının deneyimli profesyonellerden oluşması gerekmektedir. Genel kanı bakım ihtiyacı tespit komisyonları veya ekiplerinin multidisipliner bir şekilde oluşturulması ve oluşturulacak bakım planlarının interdisipliner olması yönündedir. Bunun için de sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının ortak bir şekilde çalışması gerekmektedir. Ayrıca bakım ihtiyacı değerlendirme kriterlerinin rasyonel kriterler olması gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerde bakım ihtiyacı GYA ve EGYA temelinde belirlenmektedir. Ayrıca engellilikte yeti yitiminin tespitinde ICF kriterleri kullanılmaktadır. Yaşanan sorunlarda bakım ihtiyaç tespitinin hangi kriterlerle yapılacağı konusunun belirlenmesi ve bunun tek merkezden yürütülmesi gerekliliği açıkça görülmektedir. Aksi takdirde, yine aynı düzlemde ama farklı isimde sorunlar yaşanmaya devam edecektir.

Diğer yandan hastane sonrası bakımda veya farklı sebeplerle bakım ihtiyacı doğması durumlarında USB hizmetlerine yönlendirme ve USB hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetleri sunma konusu hali hazırda bakım ihtiyacı olan bireylerin ve yakınlarının hizmete erişiminde yaşanan sorunlardandır. Bunun için hastanelerde ve aile hekimliklerinde bakım hizmet birimleri kurulması veya sağlık çalışanlarına USB

hizmetleri konusunda eğitimler verilerek ihtiyaç sahiplerinin hizmete erişim ile ilgili mağduriyetlerinin azaltılabileceği değerlendirilmektedir. Bu, aynı zamanda entegre sağlık ve bakım sisteminin geliştirilmesinde ilk basamaklardan biri olarak değerlendirilebilir. Kuruluş çalışanlarının alandaki çalışma süreleri yani, deneyimleri arttıkça kurumsal bakımın yetersizliği ile USB hizmetlerine erişimin sağlanabilmesine yönelik bu değerlendirmelere katılım düzeyleri de artmaktadır. Bununla beraber, kuruluş çalışanlarının özellikle dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanması konusuna önem verdikleri görülmüştür. Kuruluş çalışanlarının yaşlıların yatılı bakım kuruluşlarında karşılaştıkları yüksek ücretlerle baş etmede bakım sigortasına geçilmesini önerdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bakım sigortasına geçilmesi ile dar gelirli emekli yaşlıların hizmetlere erişimde finansal engelleri kaldırılmış olacak ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilir olması sağlanacaktır.

Etkili bir USB sisteminin inşa edilebilmesi için atılması gereken adımlardan bir diğeri de Türkiye’de entegre sağlık ve bakım sistemi geliştirilmesidir. Bu sayede bakım ihtiyacının interdisipliner bir şekilde belirlenerek, bireylerin ihtiyaçlarına uygun bakım modeline yerleştirilmesi ve bakım modelleri arasında koordinasyon mümkün olabilecektir. Örneğin, yaşlı bakımı evde destek ile başlayıp aşamalı olarak evde bakım, gündüz bakım, yatılı bakım, palyatif bakım şeklinde devam edebilmelidir. Ya da hastane sonrası kısa süreli bakım hizmet ihtiyacını sağlayacak ara bakım veren kuruluşlar veya birimler kurulabilir. Ya da geçici süreli koruma altına alınması gereken ve aynı zamanda bakım ihtiyacı olan bireyler için istasyon merkezler veya birimler oluşturulabilir. Entegre sağlık ve bakım sistemi ile bakım hizmetlerinde ihtisaslaşmış merkezlerin yaygınlaştırılması ve yeni ihtisas alanlarının oluşturulması mümkün olabilecektir.

Kuruluş çalışanlarından meslek elemanlarının ve hemşire/ATT/sağlık teknikerlerinin entegre sağlık ve bakım sisteminin geliştirilmesinde önemli adımlar olan evde bakım gibi toplum temelli bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ile uzmanlaşmış bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileri önemsedikleri sonucuna varılmıştır. Bunun yanında yatılı kurum bakımının yükünü arttıran konulara karşı daha duyarlı oldukları görülmüştür. Özellikle çalışanların yaşları ve öğrenim seviyesi yükseldikçe evde bakımda

profesyonelleşme eksikliğinin ve yakınlarına evde bakım ailelerin yeterince desteklenmemesinin yatılı kurumsal bakımın yükünü arttırdığı yönünde düşünceleri söz konusudur. Buna karşın evde bakım aylığını, bakım ihtiyacını karşılamada etkili bir araç olarak görmemektedirler. Genç meslek elemanları ise kurumsal bakım hizmetlerinin yeterliliğini artıracak önerileri daha çok önemsemektedirler.

Evde bakım gibi toplum temelli bakım hizmetlerinin yanında, yatılı kurumların bakım yükünün azaltılmasında kentlerin yaşlı/engellilerin durumlarına uygun şekilde erişilebilir kılınması da önerilmektedir. Bunun için binaların ve toplumsal yaşam alanlarının “Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği”ne uygun tasarlanması gerekmektedir. Ancak, Türkiye’de bir yandan yeni açılan bakım merkezlerine ait binaların bu standartlara uyması beklenirken, diğer yandan eski kuruluşların da bu standartlara uygunluğunun nasıl sağlanacağı ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Kuruluş çalışanlarından meslek elemanı ve hemşire/ATT/sağlık teknikerlerinin makro ölçekte; kurumsal bakımın yeterliliği, kurumsal bakımın yükü ve uzmanlaşmış bakım hizmetleri ile ilgili daha duyarlı oldukları ve bu konulardaki önerileri destekledikleri görülmüştür. Mikro ölçekte ise birincil bakım verenlerin yeterliliklerinin artırılması ve iş doyumlarının yükseltilmesi ile hizmet alanların kararlara katılımını artıracak davranış değişikliklerini önemsedikleri görülmüştür.

USB alanında çalışanların maddi tatminlerinin USB hizmetlerine bakışlarını nasıl etkilediğine bakıldığında; çalışanların aylık gelir durumu yükseldikçe USB hizmetlerine erişim, kurumsal bakımın yükü ve hizmet alanın kararlara katılımı ve memnuniyeti ile sorunlara katılmadıkları görülmüştür.

Kadın bakım verenlerin işi yükü konusu, sıklıkla dile getirilen konulardan biridir. Bu anlamda kadın çalışanların USB hizmetlerine bakışları incelendiğinde; yatılı kurumsal bakımın yükünü artıran sorunlara daha duyarlı oldukları ve kurumsal bakımın yeterliliğinin artırılması, USB hizmetlerine erişim engellerinin kaldırılması ve uzmanlaşmış bakım hizmetlerinin geliştirilmesi konularına destek oldukları bulunmuştur. Ayrıca kadın çalışanlar, birincil bakım verenlerin bakım yükünün azaltılması ile kuruluş

alışanlarının mesleki yeterliliklerinin ve iş doyumlarının artırılması konularını da önemsemektedirler.

Kuruluş alışanların medeni durumunun USB hizmetlerine bakışlarını etkilemediği, ancak çocuk sahibi olanların uzmanlaşmış bakım hizmetleri, hizmetin sürdürülebilirliği ve birincil bakım verenler, standartlar ve iş doyum boyutlarında yaşanan sorunlar ile daha az ilgili oldukları; çocuk sahibi olmayanların ise bu sorunlara daha duyarlı yaklaştıkları bulunmuştur. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu cinsiyetten bağımsız olmakla birlikte çalışanların yaşı ile düşük seviyede ilişkilidir.

Çalışmanın bu bölümünde, nitel ve nicel araştırmalardan elde edilen bulgular kapsamında ulaşılan temel sonuçlar üzerinde durulduktan sonra çalışma sonuçlarına dayalı önerilerde bulunulacaktır. Öneriler, makro ölçekte politika belirleyiciler için, mikro ölçekte kuruluş yöneticileri için ve bundan sonra alanda çalışma yapacak araştırmacılar için öneriler olarak sınıflandırılmıştır.

Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak politika belirleyiciler için şunlar önerilebilir;

- Yatılı bakım hizmetleri iller bazında ihtiyaca uygun şekilde artırılmalıdır.
- Nüfusun bakım ihtiyacının objektif kriterlere göre tespiti yapılmalıdır.
- USB hizmetlerinin sürdürülebilirliği için USB sigorta sistemine geçilmelidir.
- Hastalıklara ve engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri açılmalıdır.
- Sağlık bakım ihtiyacı yüksek olan yaşlılar ve engelliler için palyatif dönem bakım merkezleri açılmalıdır.
- İleri yaştaki ve sağlık bakım ihtiyacı yüksek olan yaşlılar öncelikli olarak yatılı kurum bakımına alınmalıdır.
- Profesyonel evde bakım hizmetleri geliştirilmelidir.
- Evde destek hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve özellikle yalnız yaşayan yaşlıların bu hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.
- Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalıdır.
- Kentler, yaşlı/engelli dostu erişilebilir kentlere dönüştürülmelidir.
- Belediyelerin USB hizmetlerine katılımları desteklenmelidir.
- Bakım ihtiyacının tespiti GYA ve EGYA temelinde yapılmalıdır.

- Bakım ihtiyaç tespit komisyonları veya ekipleri multidisipliner bakış ile oluşturulmalıdır.
- Bakım hizmetleri seviyelendirilmeli; entegre sağlık ve bakım sistemi geliştirilmelidir.
- Hastane sonrası veya travma sonrası bakım hizmetleri için kısa süreli bakım merkezleri veya birimleri kurulmalıdır.
- Geçici süreli bakım hizmeti alması gereken bireyler için istasyon merkezler veya birimler kurulmalıdır.
- Aile hekimliği sistemi güçlendirilmeli; USB ve yaşlı bakımı konusunda ilk duraklardan biri olmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarından USB veren kuruluşlara yönlendirme yapacak birimler kurulmalı veya çalışanlar bu konuda eğitilmelidir (Hastanelerin sosyal hizmet birimleri güçlendirilerek bu amaçla kullanılabilir).
- Sağlık çalışanları USB hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapacak şekilde eğitilmelidir.
- USB alanında çalışanlara bakımda uzmanlaşma imkânı sağlanarak, eğitim destekleri verilmelidir.
- USB alanında çalışanların eğitim düzeylerinin, gelişmiş ülke eğitim düzeylerine çıkarılması çalışmalar yapılmalıdır.
- İnfomal bakım veren yabancı bakıcılarla ilgili denetim mekanizmaları geliştirilmelidir.
- USB hizmetlerine yönelik bilgi sistem teknolojileri geliştirilerek kuruluş verilerinin, personel bilgilerinin, hizmet alan bilgilerinin ve hizmet almak için başvuruda bulunanlara ait bilgilerin sistemli bir şekilde kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak kuruluş yöneticileri için şunlar önerilebilir;

- USB alanında çalışanlar ile hizmet alanların ve yakınlarının hangi konularda iletişim problemi yaşadıklarının tespit edilmesi yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Kuruluş çalışanlarının hizmet sunum sürecinde yaşayabileceği şiddet ve istismara karşı önlemler alınmalıdır.
- USB alanındaki personelin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

- Personel devir hızını azaltmak için önlemler alınmalı ve çalışanların iş doyumunu etkileyen kurum içi faktörler belirlenerek, iş doyumunu arttırıcı çalışmalar yapılmalıdır.
- USB alanında çalışanların işe uyumunu arttıracak uygun oryantasyon eğitimleri verilmelidir.
- Bakım hizmet planlamalarında hizmet alanların tercihleri dikkate alınmalıdır.
- Kuruluşlar erişilebilirlik standartlarına uygun şekilde tasarlanmalıdır.
- Kuruluşlarda gönüllü faaliyetler yapılması için paydaş gruplarla işbirliğinde bulunulmalıdır.

Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak araştırmacılar için şunlar önerilebilir;

- Türkiye’de evde bakım ihtiyacının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- İnformal bakım verenlerin sundukları hizmetin kalitesi ve güvenliği konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
- Evde bakımda bakım açığını önlemek için öneriler sunacak çalışmalar yapılmalıdır.
- Bakımda uzmanlaşma konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının USB hizmetleri konusundaki bilgi düzeyleri ve algılarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Bakım yönetiminin formalleşmesi konusunda araştırmalar yapılmalıdır.
- USB çalışanlarının (sadece bakım elemanı veya hemşireler değil tamamı için) iş doyumunu etkileyen faktörler araştırılmalıdır.
- USB çalışanları arasındaki rol belirsizlikleri araştırılmalıdır.
- USB hizmeti sunan kuruluşların örgüt kültürüne yönelik araştırmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak bu çalışmada Türkiye’de USB hizmetleri ile ilgili yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri yönetici, çalışan ve hizmet alanlar açısından belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma sadece Ankara ilinde 12 kurumda 310 hizmet sunan ve 126 hizmet alan kişi üzerinde yapıldığı için tüm Türkiye’deki USB hizmetlerini yansıttığını söylemek mümkün değildir. Yine de çalışmanın hem kalitatif hem de kantitatif araştırma

metodolojisine dayalı olarak yürütölmüş olması ve her iki aşamadan elde edilen bulguların tutarlı ve uyumlu olması karar vericiler ve politika belirleyiciler açısından dikkate alınması gereken ipuçları olabilir.



KAYNAKÇA

- AALTCI. (2009). *Long term care-Important information for women*. American Association for Long Term Care Insurance. <https://www.aaltci.org/long-term-care-insurance/learning-center/for-women.php>.
- Abbott, K. M., Klumpp, R., Leser, K. A., Straker, J. K., Gannod, G. C., & Haitsma, K. V. (2018). Delivering person-centered care: Important preferences for recipients of long-term services and supports. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(2), 169-173.
- Abdullayev, A. (2010). *Rusya sosyal güvenlik sistemi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- ACL. (2021). *2020 profile of older Americans*. Administration for Community Living. <https://acl.gov/aging-and-disability-in-america/data-and-research/profile-older-americans>.
- Ağcasulu, H. (2021). Sosyal politika olarak evde bakım hizmetleri: Ülke örnekleri ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26*(29), 167-183.
- Ağören, V. (2017). Bakım sigortası ve Türkiye için model önerisi. *Sosyal Güvence Dergisi, 6*(12).
- Akarsu, T. (2023). *Sağlık bilimlerinde öncü ve çağdaş çalışmalar*. Duvar Yayınları.
- Aksakal, H. (2014). *Palyatif bakım hastalarına yönelik bakım yeri tercihi: Hasta yakını ve sağlık çalışanı üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Detay Yayıncılık.
- Alpar, R. (2020). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik – güvenirlik*. Detay Yayıncılık.
- Aloisio, L. D., Coughlin, M., & Squires, J. E. (2021). Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 123*.

- Albers, G., Albers, G., Harding, R., Pasman, H. R. W., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Hall, S., Toscani, F. (2011). What is the methodological rigour of palliative care research in long-term care facilities in Europe? A systematic review. *European Association for Palliative Care*, 26(5).
- Andrade, T. B. D. & Andrade, F. B. D. (2018). Unmet need for assistance with activities of daily life among older adults in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 52(75).
- Anderson, G.E. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.
- Angel, J. L., Douglas, N., & Angel, R. J. (2008). Gender, widowhood, and long-term care in the older mexican American population. *Journal of Women and Aging*, 15(2-3).
- Ardahan, M. (2017). Evde bakımda sosyal politikalar ve evde bakım hemşireliği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 38-43.
- Arslantaş, H. & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251 – 277.
- Artan, T. (2016). Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar. *Journal of Health Science and Profession*, 3(1), 48-56.
- Artan, T. & Irmak, H. S. (2017). Huzurevindeki yaşlıların huzurevinde yaşlanmaya ilişkin bakış açılarının değerlendirilmesi: İstanbul Bahçelievler, Zeytinburnu ve Sultangazi huzurevi örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 51-70.
- Arun, Ö. (2011). Türkiye’de yaşlı kadının en büyük sorunu: Dulluk. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(4), 1515-1527.
- ASHB Ankara İl Müdürlüğü (2023). *Tarihçe*. ASHB. <https://www.aile.gov.tr/ankara/hakkimizda/tarihce/>.
- Asi Karakaş, S., & Durmaz, H. (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18(32-36).
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(3), 513-552.

- Ayhan, B. (2014). *Uzun süreli bakım sistemleri ve finansman yöntemleri: Türkiye açısından değerlendirmeler*. Uzmanlık Tezi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ayhan, E. E. (2022). Bakım etiği penceresinden kadın yoksulluğu. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 82, 383-405.
- Bademli, K. & Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Bakx, E., Schut E., & Wouterse, B. (2020). *Price setting in longterm care in the Netherlands*. Erasmus University Rotterdam.
- Bal, T. (2016). OECD Ülke uygulamaları doğrultusunda uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye için öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1).
- Başdoğan, E. & Özdemir, O. (2020). *Kanada’da yaşlı bireylere yönelik hizmetler*. <https://sosyalcalismaci.wordpress.com/kanada-da-yaslilara-yoenelik-hizmetler/>.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Meltem, K. O. Ç., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak, *Ankara Med J*, 15(1), 26-31.
- Batbaş, C.S., Yakar, B., & Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *STED*, 30(2), 136-143.
- Berkman, K. (2019). Yaşlı bakım hizmetlerinin bakım hizmeti çalışanları ve yaşlı bireyler bakış açısıyla değerlendirilmesi: Denizli ili alan çalışması. *Journal of International Social Research*, 12(65), 978-993.
- Blackmore, E. (2023). *Poorhouses were designed to punish people for their poverty*. History. <https://www.history.com/news/in-the-19th-century-the-last-place-you-wanted-to-go-was-the-poorhouse>.
- Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. (2003). *Long term care strategies in industrialized countries: Case studies of insurance based and non-insurance based long term care systems*. Myers-JDC-Brookdale Institute and WHO NMH/CCL.
- Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. (2003). *Key policy issues in long term care*. WHO, JDC-Brookdale Institute.

- Brody, E. M., Lawton, M. P., & Liebowitz, B. (1984). Senile dementia: Public policy and adequate institutional care. *American Journal of Public Health*, 74(12), 1381-1383.
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-Living elderly in Europe. *Health economics*, 17(3), 393-409.
- Bowers, B. J., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides. *Journal of nursing care quality*, 14(4), 55-64.
- Caffery, C., Sengupta, M., & Melekin, A. (2021). *Residential care community resident characteristics: United States- 2018*. NCHS Data Brief No. 404.
- Cantekin, Ö. F. (2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde sosyal hizmet uygulamaları. *Akademik Hassasiyetler*, 6(12).
- Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C., & Casler, R. (2005). *Long-term care quality: Historical overview and current initiatives*. National Commission for Quality Long Term Care. https://www.researchgate.net/publication/238690683_Long-Term_Care_Quality_Historical_Overview_and_Current_Initiatives.
- Carr, K. K. & Kazanowski, M. K. (1994). Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 878-883.
- Castle, N. H. (2010). What's nursing home quality and how is it measured? *The Gerontologist*, 50(4), 426-442.
- CDC, (2019). *Long-term care providers and services users in the United States, 2015–2016*. National Center For Health Statistics- Vital and Health Statistics, Series 3, Number 43.
- Cengage. (t.y.). *Long term care around the globe*. Encyclopedia of aging. <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/long-term-care-around-globe>. 08.01.2024 tarihinde erişilmiştir.

- Chamberlain, S. A., Hoben, M., Squires, J. E., & Estabrooks, C. A. (2016). Individual and organizational predictors of health care aide job satisfaction in long term care. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-9.
- Chan-Nguyen, S. & Gradi, C. (2022). *5 steps for tackling Canada's long-term care crisis: It starts with valuing the well-being of workers*. The Conversation. <https://theconversation.com/5-steps-for-tackling-canadas-long-term-care-crisis-it-starts-with-valuing-the-well-being-of-workers-193725>.
- Chen, L. & Xu, X. (2020). Effect evaluation of the long-term care insurance (LTCI) system on the health care of the elderly: A review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 863-875.
- Chiu, J. L. (2022), Analysis of older adults under home care in Taiwan's ageing society. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022.
- Choi, Y. J. (2014). *Long-term care for older persons in the Republic of Korea: Development, challenges and recommendations*. UNESCAP, SDD-SPPS Project Working Papers Series, Bangkok.
- Coomber, B. & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.
- Congressional Research Service. (2021). *Who pays for long-term services and supports?* <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10343>.
- Conti, T.A. (2002). Stakeholder based strategies to enhance corporate performance. *ASQ World Conference on Quality and Improvement Proceedings*, 56, 373-381.
- Council of Europe (1996). *Avrupa sosyal şartı*. Avrupa Anlaşmaları Serisi-35. Strazburg.
- Cowan, R. S. (2013). *The industrial revolution in the home: Household technology and social change in the 20th century*. The Johns Hopkins University Press.
- Cresswell, J.W. (2019). *Karma yöntem araştırmalarına giriş*. Pegem Akademi.
- Çadır, M. (2017). İngiltere'de yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin dönüşümü: Huzurevi sektörüne genel bir bakış. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(39), 9-32.

- Çağlar, T. (2015). Refah devleti bağlamında Almanya'da yaşlılara ilişkin temel haklar. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39(2).
- Çelebi, Ç. D. & Yüksel, M. Y. (2014). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan psikolojik danışma ve rehberlik uygulamalarına bir bakış. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2), 175-202.
- Çetinkaya, F. & Karadakovan, A. (2012). Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 15(2), 171 – 178.
- Çiftçi, H. G. (2021). Uzun dönem bakım sigortası ve Türkiye için stokastik model önerisi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 7(3), 115-130.
- Çimen, M., Soydan, F., & Çetin, M. (2010). Bir özel bakım merkezinde kalanların verilen hizmetlerden memnuniyet durumlarının araştırılması. *Gulhane Medical Journal*, 52(2).
- Dahl, U., Steinsbekk, A., Jenssen, S., & Johnsen, R. (2014). Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital-aquaitativestudy of health professionals experience. *Intenational Journal of Integrated Care*, 14.
- Danış, M.Z. & Genç, Y. (2011). Kurumsal bakım elemanlarının genel özellikleri ve yaşadıkları sorunlar. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2).
- Danış, M. Z. (2008). *Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık*. Hacettepe Üniversitesi, Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi.
- Daştan, İ. & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Day, N. (2001). Nursing home quality indicator report – Maximizing your information, *Extended Care Product News*, 75, 7-9.
- Davila, H. (2018). Stakeholder views on quality priorities for long-term care. *Innovation Aging*, 2(1), 326.

- De Veer, A. J. D. & Kerkstra, A. (2001). Feeling at home in nursing homes, *JAN Needing Global Nursing Research*, 35(3), 427-434.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). *Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı*, Yayın No DPT: 2741.
- Dilik, S. (1998). Sosyal güvenlikte yeni bir sosyal sigorta kolu: Bakım sigortası. *Kamu-İş Dergisi*, 4(3).
- Dimant, J. (2004). The role of the consultant in long-term care facilities. *Journal of The American Medical Directors Association*, 5(2), 60-66.
- Doğan, A., Demir, R., & Türkmen, E. (2016). Rol belirsizliğinin, rol çatışmasının ve sosyal desteğin tükenmişliğe etkisi: Devlet ve vakıf üniversitelerinde çalışan akademik personelin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(1).
- Doran, K., Resnick, B., & Swanberg, J. (2017). Factors influencing job satisfaction among long-term care staff. *Journal of occupational and environmental medicine*, 59(11), 1109-1113.
- Doğan, S. & Demirtaş, Ö., (2020). Palyatif bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: Kayseri ili örneği, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 41, 428-436.
- Drake, C., Wald, H. L., Eber, L. B., Trojanowski, J. I., Nearing, K. A., & Boxer, R. S. (2019). Research priorities in post-acute and long-term care: Results of a stakeholder needs assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(7), 911-915.
- Dudinskaya, E. N., Vorobyeva, N. M., Onuchina, J. S., Machekhina, L. V., Selezneva, E. V., Ovcharova, L. N., Kotovskaya, Y. V., & Tkacheva, O. N. (2023). The association of osteoporosis and geriatric syndromes in the elderly: Data from the Russian epidemiological study EVKALIPT. *Archives of Osteoporosis*, 18(1), 30.
- Duman, Y. (2014). Dünyanın en yaşlı ikinci ülkesi Almanya’da Riester emeklilik sistemi ile zorunlu emeklilik sigortası arasındaki ilişkinin analizi. *Sosyal Güvence*, (5).

- EAPC. (2023). *It is time for better care at the end of life: A worldwide call to action from the OECD*. OECD. <https://eapcnet.wordpress.com/2023/05/16/it-is-time-for-better-care-at-the-end-of-life-a-worldwide-call-to-action-from-the-oecd/>. 10.11.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Edemekong, P. F., Bomgaars, D., Sukumaran, S., & Levy, S. B. (2019). *Activities of daily living*. Stat Pearls. https://digitalcollections.dordt.edu/faculty_work/1222/. 11.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Egeli, H. (2015). *Parafiskalite ve parafiskal yükümlülükler (Sosyal güvenlik reformu kapsamında)*. Altın Nokta Yayınları.
- Eke, E. & Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 2687-2707.
- Ekici, S. K. & Gümüş, Ö. (2016). Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*, 55.
- Ekmekçi, P. E. & Arda, B. (2015). Yaşlılık ve etik sorunlar; sağlık hakkı, özerkliğe saygı ilkesi ve aydınlatılmış onam. *Türkiye Klinikleri J. Med. Ethics*, 23(2), 65-72.
- Englund, P. (1990). Financial deregulation in Sweden. *European Economic Review* 34(2-3), 385–393.
- Ercan, İ & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erol, S. & Ergün, A. (2019), Geriatrik palyatif bakım: Neden, nerede, ne zaman, nasıl ve kim tarafından verilmeli? *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(2).
- Erol, S. I. (2016). Küresel bir sorun olarak demografik dönüşüm: Nedenleri, etkileri ve alınması gereken önlemler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 37(75-123).
- Erol, S. I. (2013). Japonya’da yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 15(3).
- Ertaş, H. & Kırac, F.Ç. (2018). İngiltere, Almanya ve Amerika sağlık sistemlerinin karşılaştırılmalı analizi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(29), 3711-3717.

- Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Carleton, H. L., Cummings, G. G., & Norton, P. G. (2015). Who is looking after mom and dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. *Canadian Journal on Aging*, 34(1), 47-59.
- European Commission. (2008). *Long-term care in the European Union*. Brussels.
- European Commission. (2013). *Long-term care in ageing societies, challenges and policy options*. Commission Staff Working Document, Brussels, Belgium.
- European Commission. (2021a). *Long-term care report trends, challenges and opportunities in an ageing society*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Social Protection Committee.
- European Commission. (2021b). *Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU*. Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EYHGM. (2013). *Sosyal güvenlik sisteminde; bakım güvence modeli ve bakım sigortası oluşturulması çalışmaları taslak raporu*. ASPB. Ankara.
- EYHGM. (2022). *Engelli bireylere yönelik gündüz hizmet merkezi rehberi*. ASHB. https://www.aile.gov.tr/media/97638/engelli_bireylere_yonelik_gunduz_hizmet_merkezi_rehberi.pdf.
- EYHGM Kuruluş Listeleri. (2023). <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- EYHGM. (2023a). *Yaşlı bireylere yönelik gündüz hizmet merkezi rehberi*. ASHB. https://www.aile.gov.tr/media/131399/yasli_bireylere_yonelik_gunduz_hizmet_merkezi_rehberi.pdf
- EYHGM. (2023b). *Yaşlı hakları ulusal eylem planı*. ASHB. https://www.aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf
- EYHGM. (2023c). *Engelli bireyler için bilgilendirme rehberi*. ASHB. https://www.aile.gov.tr/media/131394/engelli_bireyler_icin_bilgilendirme_rehberi.pdf

- Ezer, B. (2016). Tarihçesi ve bugünü ile birleşik krallık sosyal güvenlik sisteminin esasları. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2(3), 87-122.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publication.
- Foster, D. (2023). *Adult social care workforce in England*. Commans Library Research Briefing.
- Freeman, R. E., Wicks, A. C., & Parmar, B. (2004). Stakeholder theory and “the corporate objective revisited”. *Organization Science*, 15(3), 364-369.
- Fujisawa, R. & Colombo, F. (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Papers No.44.
- Fukushima, N., Adami, J., & Palme, M. (2010). *The Swedish Long-term Care System*. ENEPRI Research Report No. 89, 15.
- Ga, H. (2020). Long-term care system in Korea. *Ann Geriatr Med Res*. 24(3), 181–186.
- Garcia, T. J., Harrison, T. C., & Goodwin J. S. (2016). Nursing home stakeholder views of resident involvement in medical care decisions. *Quality Health Research*, 26(5), 712-728.
- Gel, K. T. & Kesgin, M. T. (2017). İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), 267-278.
- Gelmez, E. & Demirel, E. T. (2022). Hastanelerde bina yönetiminin hizmet alanların görüşleri açısından incelenmesi: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi (FÜHAD)*, 9(17), 99-116.
- Gemlik, N. (2018). *Kıdemli yaştakiler için politikalar*. Nobel Yayıncılık.
- Genç, Y. & Barış, İ. (2015). Yaşlı bakım hizmetlerinde çağdaş yaklaşım: Kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(10), 36-57.
- Geyer, J., Börsch-Supan, A. H., Haan P., & Perdrix, E. (2023). *Long-term care in Germany*. National Bureau Of Economic Research. NBER Working Paper Series.

- Global Deal. (2023). *Unlocking the potential of social dialogue for long-term care*. Global Deal Thematic Brief.
- Global Health Observatory. (2023). *Global health expenditure database*. World Health Organization. Geneva. <https://apps.who.int/nha/database>.
- Goh, A. M., Polacsek, M., Malta, S., Doyle, C., Hallam, B., Gahan, Low, L. F., Cooper C., Livingston G., Panayiotou A., Loi S. M., Omori M., Savvas S., Burton J., Ames D., Scherer S. C., Chau N., Roberts S., Winbolt M., Batchelor F., & Dow, B. (2022). What constitutes ‘good’ home care for people with dementia? An investigation of the views of home care service recipients and providers. *BMC geriatrics*, 22(1), 1-13.
- Goldstein, E. N., & Morrison, R. S. (2005). The intersection between geriatrics and palliative care: A call for a new research agenda. *JAGS*, 53, 1593-1598.
- Gottesman, L. E. & Bourestom, D. C. (1974). Why nursing homes do what they do. *The Gerontologist*, 14(6), 501-506.
- Gökbayrak, Ş. (2009). Refah devletinin dönüşümü ve bakım hizmetlerinin görünmez emekçileri göçmen kadınlar. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 21.
- Göktürk, Ö. (2018). *Asgari gelir desteği ve Türkiye’de uygulanabilirliği üzerine karşılaştırmalı bir analiz*. Uzmanlık Tezi Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Ankara.
- Güdük, Ö. (2022). Uzun Dönemli bakımda tercihler ve belirleyiciler: Formal bakıma karşı informal Bakım, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3), 681-694.
- Gül, M. (2022). Uzun dönemli bakım yönetimi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 143-159.
- Gürer, A. (2021). Ülke örnekleri ile evde bakım hizmetlerine genel bakış. *Journal of Health Services and Education*, 5(1), 20-25.
- Gürer, A., Çırpan, F. K., & Özlen, N. A. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6.

- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H. (2017). Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: Evidence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 17, 156.
- Hallal, L. (2015). *Queuing models for long term care wait time reduction & capacity optimization: A Nova Scotia study*. Master Thesis, Saint Mary's University, Nova Scotia.
- Hawes, C., Phillips, C. D., Rose, M., Holan, S., & Sherman, M. (2003). A National survey of assisted living facilities. *The Gerontologist*, 43(6), 875-882.
- Haunch, K., Thompson, C., Arthur, A., Edwards, P., Goodman, C., Hanratty, B., Meyer, J., Charlwood, A., Valizade, D., Backhaus, R., Verbeek, H., Hamers, J., & Spilsbury, K. (2021). Understanding the staff behaviours that promote quality for older people living in long term care facilities: A realist review. *Review Int J Nurs Stud*, 117, 103905.
- Hendekci, A. & Gök Uğur, H. (2020). Bakım personellerinin yaşadığı sorunlar ve bakımdan etkilenme durumları. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 6(3), 538-44.
- History. (2013). *History of 19th century American poorhouses, historical overview*. https://www.thompsonct.org/sites/g/files/vyhlf5076/f/uploads/3_backgroundpoorhousesystem.pdf.
- Hoogeeven, K.M. (2016). *Personal support workers' experience of collaboration in a long-term care facility in rural Ontario*. Master Thesis, Brock University, St.Catharines.
- HORIZON. (2020). *Civil society organizations and the politics of long-term care reform: Coalitions and multiple inequalities*. European Commission. <https://cordis.europa.eu/project/id/746168>. 13.10.2023 tarihinde erişilmiştir.
- ILO. (2021). *Making decent work a reality for domestic workers: Progress and prospects ten years after the adoption of the domestic workers convention*. [https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_802551/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_802551/lang-en/index.htm). 15.10.2023 tarihinde erişilmiştir.

- Institute of Medicine. (2001). *Improving the quality of long term care – chapter: Profile of long term Care*. The National Academies Press, Washington DC.
- Işıkkhan, V. (2018). Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(1), 1-26.
- Jaipaul, C. K. & Rosenthal, G. E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 23-30.
- Jung, K. Y. (2023). *How South Korea's Birth Rate Dropped Below Japan's*. <https://www.nippon.com/en/in-depth/d00915/>.
- Karakoç, F. Y. & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karakuş, B. (2018). *Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu*. ASPB. <https://www.aile.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>
- Karaman, D., Dilek, K., & Atar, N. Y. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
- Karatürk, M. İ. (2021). *Uzun dönem yaşlı bakım sigortası ihtiyacının sosyo-kültürel ve demografik yönden incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kartal, S. K., & Dirlik, E. M. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), 1865-1879.
- Kempen, J.M. & Suurmeijer, B.M. (1991), Factors influencing professional home care utilization among the elderly, *Social Science & Medicine*, 32(1), 77-81.

- Keser, E. N. N. (2019). Alzheimer hastalarına ve bakım verenlere yönelik sosyal politikalar: Türkiye–Almanya karşılaştırması. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 20(45), 93-118.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., & Ünal, Ö. (2017), Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi, *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Kızılkaya, M. & Sarı, E. (2023), Huzurevinde çalışan bakım personellerinin yaşlı bakım fonksiyonları: Nitel bir çalışma, *Life Sciences*, 18(1), 1-10.
- Kim, H., & Kwon, S. (2021). A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries. *Health Policy*, 125(1), 22-26.
- Kreindler, S. A. (2008). Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times. *Quality Management in Healthcare*, 17(2), 128-135.
- Kocabaş, F. & Kol, E. (2020). Almanya ve Türkiye’de karşılaştırmalı olarak bakım hizmetleri: Türkiye’de bakım sigortası kurulmasına yönelik bir öneri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(4).
- Koçel, T. (2011). *İşletme Yöneticiliği*. Beta Yayıncılık, s.455-457.
- Koçer, S. (2014). *Almanya Federal Cumhuriyeti sosyal güvenlik sistemi ve sistem içerisinde sosyal sigorta uygulamaları*. Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara.
- Kol, E. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm: Eskişehir’de alt gelir grupları üzerine bir inceleme*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Korkut, A. (2017). *Engelli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan bakım elemanlarının bağlanma yönelimleri, stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek algıları, psikolojik belirtiler ve bazı demografik özelliklerin tükenmişlik ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Koyuncu, Ç. (2018). *Evdeki yabancı: Ankara’daki Gürcü bakıcı kadınların gündelik hayat mücadeleleri ve taktikleri*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.

- Kurşun, A. & Rakıcı, C. (2014). Türkiye ve sosyal refah devletlerindeki sağlık harcamalarının analizi. *İnsan Hakları Yıllığı*, 32, 77-105.
- Kyrkjebø, J. M., Mekki, T. E., & Hanestad, B. R. (2002). Nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 296-302.
- Laukkanen, P., Karppi, P., Heikkinen, E., & Kauppinen, M. (2001). Coping with activities of daily living in different care settings. *Age and Ageing*, 30(6), 489-494.
- Lee, A. H., Kang, H. Y., & Liu, Y. A. (2021). A pilot study on the satisfaction of long-term care services in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 90.
- Lee, H. Y. & Chin, Y. R. (2022). Total care expenditures and their drivers among older adults: A study on health and long-term care expenditures in South Korea. *BMC Health Services Research*, 22(1), 548.
- Leech, N. L. & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs, *Quality and Quantity*, 43, 265–275.
- Londra Ticaret Müşavirliği. (2022). *Türkiye-Birleşik Krallık Ticari İlişkileri*. T.C. Ticaret Bakanlığı.
<https://ticaret.gov.tr/data/6019303c13b876f2000d2632/T%C3%BCrkiye%20-%20Birle%C5%9Fik%20Krall%C4%B1k%20Ticari%20-%20C4%B0li%C5%9Fkileri%20Sunum%20-%2030.05.2022.pdf>
- Lori, S. (2012). An overview of elder financial exploitation. *Generations*, 2.
- Lunt, C., Dowrick, C., & Lloyd-Williams, M. (2021). What is the impact of day care on older people with long-term conditions: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1201-1221.
- Macit, D.N. & Kablay, S. (2018). Özel bakım merkezlerinde çalışan kadınlara yönelik bir araştırma: Samsun ili örneği. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 35-49.
- McCanne, D. (2010). *Health care systems-four basic models*. Physicians for a National Health Program.

http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php.

Millien, I. (2021). *America's long-term care system is broken*. Scientific American. <https://www.scientificamerican.com/article/americas-long-term-care-system-is-broken/>.

Mills, A. (1983). Vertical vs. horizontal health programmes in Africa: Idealism, resources and efficiency, *Social Science Med*, 17(24).

Moceri, N. M. & Aziz, A. (2018). *Wait times in long-term facilities*. Health Quality Ontario.

Moreno-Colom, S., Recio Caceres, C., Torns Martin, T., & Borrás Catala, V. (2017). Long-term care in Spain: Difficulties in professionalizing services. *Journal of Women & Aging*, 29(3), 200-215.

Morgan, G. A., Griego, O. V., & Gloeckner, G. W. (2000). *SPSS for windows: An introduction to use and interpretation in research*. Psychology Press.

Moore, J. D. & Smith, D. G. (2005). Legislating Medicaid: considering Medicaid and its origins. *Health Care Financing Review*, 27(2), 45.

Msuya, J. (2003). *Horizontal and vertical delivery of health services: What are the trade offs?* World Bank. https://documents1.worldbank.org/curated/en/914491468761944686/310436360_200502761000211/additional/269420Msuya1WDR1Background1paper.pdf.

Murray, M. A., Higuchi, K. A. S., Edwards, N., Greenough, M., & Hoogeveen, K. (2011). Practice change in long-term care facilities in Ontario: Views of managers and staff, *Geriatric Nursing*, 32(6), 418-428.

Na, S. (2021). Long-term care hospitals and changing elderly care in South Korea. *Medicine Anthropology Theory*. 8(3), 1-26.

Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2013). Ambiguities: Residents' experience of nursing home as my home. *Int J Older People Nurs.*, 8(3), 216-25.

- NHS Digital (2022), *Adult social care activity and finance report, England, 2021-22*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-activity-and-finance-report/2022-23>. 05.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2005). *Long-term care for older people*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Health Policy Studies.
- OECD. (2015). *G20/OECD kurumsal yönetim ilkeleri- OECD'nin G20 bakanlar ve merkez bankası başkanlarına raporu*. <https://www.oecd.org/daf/ca/Corporate-Governance-Principles-TUR.pdf>.
- OECD. (2019). *Long term care recipients*. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c149d939-n/index.html?itemId=/content/component/c149d939-en>. 02.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2020a). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OECD. (2020b). *Spending on long-term care*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>.
- OECD. (2021a). *Elderly population*. OECD Health Statistics. <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>. 20.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2021b). *Focus on spending on long-term care*. OECD Health Statistics. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/cb584fa2-en/index.html?itemId=/content/component/cb584fa2-en>. 12.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2021c). *WHO global health expenditure database*. OECD Health Statistics. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/154e8143-en/index.html?itemId=/content/component/154e8143-en>. 12.08.2023 tarihinde erişilmiştir.

- OECD. (2021d). *Long-term care workers*. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c8078fff-en/index.html?itemId=/content/component/c8078fff-en>. 18.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2022). *Life expectancy at birth*. OECD Health Statistics. 20.07.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2023a). *Long-term care resources and utilisation: Long-term care recipients*. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30143>. 18.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD. (2023b). OECD Health Statistics 2023 Definitions, Sources and Methods. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-long-term-care-resources-and-utilisation_data-00543-en?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fcollection%2Fhealth-data-en. 19.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- OECD Health Statistics. (2023c). *EU-labour force survey*. OECD Publishing.
- Office for National Statistics. (2014). *Changes in the older resident care home population between 2001 and 2011*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/changesintheolderresidentcarehomepopulationbetween2001and2011/2014-08-01>. 19.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Office for National Statistics. (2021). *Estimates of the very old, including centenarians, UK: 2002 to 2020*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/bulletins/estimatesoftheveryoldincludingcentenarians/previousReleases>. 19.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 100-108.
- Oğlak, S. (2014). *Küreselleşme ve yaşlılık eleştirel gerontolojiye giriş*. Ütopya Yayınevi.

- Olsen, G. (1999). Half empty or half full? The Swedish welfare state in transition. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, 36(2), 241–268.
- Öğüt, S., Düzen, K., & Polat, M. (2017). Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yerinde yaşlanma konusundaki duygu ve düşünceleri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 522-526.
- Özbabalık, D. & Sheeren, H. (2017). *Demans bakım modeli raporu*. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi.
- Özel İhtisas Komisyonu. (2018). *11. kalkınma planı: Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği*. T.C. Kalkınma Bakanlığı. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/02/On_Birinci_Kalkinma_Plani_Ozel_Ihtisas_Komisyonlari_El-Kitabi.pdf.
- Özer, M. & Karabulut, Ö. Ö. (2003). Yaşlılarda yaşam doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics. Geriatri* 6(2), 72-74.
- Özgöbek, H. R. (2019). *Uzun süreli bakım hizmetleri sunumunda kalite algısı: Alzheimer hastalığı özelinde nitel bir çalışma*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özkul, M., & Kalaycı, I. (2018). Enformel bir iş ve istihdam alanı olarak yaşlı bakıcılığı: yaşlı yakınları ile bakıcı ilişkilerinde yaşanan sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 1-27.
- Özmete, E. & Hussein, S. (2017). *Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu: Avrupa’dan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı*. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Öksüz, S., & Küsmez, B. (2021). Sosyal hizmet ve insan hakları: Eleştirel bir bakış, *Sosyal Çalışma Dergisi*, 5(2), 117-130.
- Özmen, Z. (2017). Refah modelleri açısından Avrupa’da ve Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin finansmanı. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 88-117.

- Palomo, M. T. M., González, E. O., Terrón, J. M. M., & Alvarez, I. Z. (2018). Challenges in the professionalization of care work in Andalusia. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 43(1), 31-47.
- Pehlivan, S., & Vatansever, N. (2019). Hemşirelerin yaşlıya tutumları ve etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47-53.
- Pestieau, P. & Ponthière, G. (2012). *Long-term care insurance puzzle*. Springer Link. https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230349193_3.
- Poteliakhoff, E. (2006). *Improving nursing home quality*. Health Policy Monitor. Bertelsmann Stiftung.
- Reeves, C., Islam, A., & Gentry, T. (2023). *The state of health and care of older people, 2023*. Age UK. <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/age-uk-briefing-state-of-health-and-care-july-2023-abridged-version.pdf>.
- Reha A. (2012). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örnkelerle uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenirlik*. Delta Yayıncılık, s. 410-418; 497.
- Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., Kawakami, N., Hashimoto, H., Kondo, N., Abe, S. K., Palmer, M., & Ghaznavi, C. (2018). Japan health system review. *Health systems in transition*, 8(1).
- Scales, K. (2021). It is time to resolve the direct care workforce crisis in long-term care. *The Gerontologist*, 61(4), 497-504.
- Scandura, T. A. & Lankau, M. J. (1997). Relationships of gender, family responsibility and flexible work hours to organizational commitment and job satisfaction. *The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 18(4), 377-391.
- Schaber, P. L. & Stum, M. S. (2007). Factors impacting group long-term care insurance enrollment decisions. *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 189-205.

- Seidlein, A. H., Buchholz, M., Salloch, S., & Buchholz, I. (2020). Adequacy of care provision in long-term home nursing arrangements: A triangulation of three perspectives. *Nursing Open*, 7(5), 1634-1642.
- Seifert, C., Damert, M., & Guenther, E. (2020). Environmental management in German hospitals - A classification of approaches. *Sustainability*, 12, 4428.
- Selezneva, E. V., Sinyavskaya, O. V., & Gorvat, E. S. (2020). *Assessing the needs of the elderly in integrated health and social services in the Russian Federation*. World Bank Group. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/a344dfde-5742-5c85-a65f-1b2652f41b51/content>
- Semerci, M., Tural, K., Acar, B., & Yaman, Ö. M. (2020). Çocuk evlerinde çalışan çocuk bakım elemanlarının yaşadıkları sorunlara yönelik niteliksel bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 49, 171-188.
- Sevim, K. (2017). Hollanda’da yaşlı bakım hizmetleri. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(1), 55-63.
- Seyidoğlu, H. (1999). *Ekonomik terimler: Ansiklopedik sözlük*. Güzem Yayınları. s. 497.
- Shih, C. M., Wang, Y. H., Liu, L. F., & Wu, J. H. (2020). Profile of long-term care recipients receiving home and community-based services and the factors that influence utilization in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2649.
- Sion, K. Y. J., Haex, R., Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Odekerken-Schröder, G., Schols, J., & Hamers, P. H. (2019). Experienced quality of post-acute and long-term care from the care recipient's perspective - A conceptual framework. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1386-1390.
- Siu, P. K. Y., Tang, V., Choy, K. L., Lam, H. Y., & Ho, G. T. S. (2019). *An intelligent clinical decision support system for assessing the needs of a long-term care plan*. IntechOpen. <https://www.intechopen.com/chapters/69527>.

- Skoglund, C. (2016). *Sweden*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447719/>.
- Smith, D. B., Feng, Z., Fennell, M. L., Zinn, J., & Mor, V. (2008). Racial disparities in access to long-term care: The illusive pursuit of equity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(5), 861-881.
- Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Elderly Issues Research Journal*, 9(1), 1-12.
- Sobolevskaya, O. (2022). *Long-awaited long-term care*. HSE University. <https://iq.hse.ru/en/news/624016807.html>.
- Squires, J. E., Hoben, M., Linklater, S., Carleton, H. L., Graham, N., & Estabrooks, C. A. (2015). Job satisfaction among care aides in residential long-term care: A systematic review of contributing factors, both individual and organizational. *Nursing research and practice*, 2015.
- Sugawara, S. & Nakamura, J. (2021). Long-term care at home and female work during the COVID-19 pandemic. *Health Policy*, 125(7), 859-868.
- Sumer, S., Shear, J., & Yener, A. L. (2019). *Bütünleşik sağlık modeli yoluyla Türkiye’de iyileştirilmiş bir birinci basamak sağlık sisteminin kurulması*. World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/542011576170608581/pdf/Buildin-g-an-Improved-Primary-Health-Care-System-in-Turkey-through-Care-Integration.pdf>.
- Statista. (2023a). *Total fertility rate in the United Kingdom from 1961 to 2021*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/284042/fertility-rate-in-the-united-kingdom-uk/>. 05.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Statista. (2023b). *United States: Fertility rate from 2011 to 2021*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/269941/fertility-rate-in-the-us/>. 05.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Statista. (2023c). *U.S.- Seniors as a percentage of the population 1950-2050*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/457822/share-of-old->

age-population-in-the-total-us-

population/#:~:text=In%202022%2C%20about%2017.3%20percent,population%20was%2065%20or%20over. 05.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023d). *Canada: Fertility rate from 2011 to 2021*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/271201/fertility-rate-in-canada/>. 06.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023e). *Share of population in Sweden aged 65 years or more in selected years from 1970 to 2022, by age group*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/525637/sweden-elderly-share-of-the-total-population-by-age-group/>. 10.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023f). *Health financing – Japan*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/outlook/co/health-indicators/health-financing/japan>. 11.10.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023g). *Population of South Korea from 1960 with projections to 2070, by age group*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/712843/south-korea-population-projections-by-age-group/>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023h). *Share of elderly population aged 65 years and above in South Korea from 2012 to 2022*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/995650/south-korea-elderly-population-share/>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023i). *Per capita health expenditure in selected countries in 2022*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/236541/per-capita-health-expenditure-by-country/>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

Statista. (2023i). *Distribution of foreign patients traveling to South Korea for medical treatment in 2022, by department*. Statista Research Department. <https://www.statista.com/statistics/1113913/south-korea-medical-tourists-by-department/>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

- Statistics Canada. (2022). *A portrait of Canada's growing population aged 85 and older from the 2021 Census*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-x2021004-eng.cfm>. 06.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Şahin, N.E. & Emiroğlu, O. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-66
- Şahinli, S. & Tarım, M. (2019). Yaşlı sağlık hizmetleri: Türkiye-Norveç karşılaştırmalı analizi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 13-27.
- Şener, M. & Tekin, H. H. (2020). Sosyal belediyecilik bağlamında yaşlı bakım ve Alzheimer gündüz yaşam merkezleri. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(3), 138-146.
- Tahta, M. Ş. (2019). *Niğde ilinde uzun süreli bakım hizmeti veren hasta yakınlarının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Tamara Konetzka, R., Yan, K., & Werner, R. M. (2021). Two decades of nursing home compare: What have we learned? *Medical Care Research and Review*, 78(4), 295-310.
- Tamkoç, B. & Bilgin, Ö. F. (2020). Aktif yaşlanma bağlamında yaş dostu kent kavramı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 211-226.
- Taner, Ş. (2022). İsveç ve COVID-19 pandemisi. *Toplum ve Hekim*.
- Tarricone, R. & Tsouros, A. D. (2005). *Somut gerçek Avrupa'da evde bakım hizmetleri*. WHO. Università Commerciale Luigi Bocconi.
- Tarricone, R. & Tsouros, A. D. (2008). *Solid facts- home care in Europe*. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri, *Çalışma ve Toplum*, 2010/1.
- Taşçı, F. (2013). Refah devleti modelleri içinde Türkiye'nin pozisyonu: Yaşlı algısı üzerinden değerlendirmeler. *İnsan ve Toplum*, 3(5), 5-36.

- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2017), *Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri raporu- Avrupa’dan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı*. Ankara.
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Engelli ve yaşlı istatistik bülteni: 2020-Kasım*, https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/65097/istatistik_bulteni_kasim2020.pdf.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2023). *Rusya*. <https://www.csgeb.gov.tr/digm/contents/sosyalguvenlikulkekekunyeleri/rusya/>
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2023). *Birleşik Krallık ülke profili*. T.C. Ticaret Bakanlığı, Uluslararası Anlaşmalar ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü.
- Tessier, L., de Wulf, N., & Momose, Y. (2022). *Long-term care in the context of population ageing: A rights-based approach to universal coverage*. ILO Working Paper, No. 82
- Thane, P. (2005). *A history of old age*. Oxford University Press, p.320.
- The Commonwealth Fund. (2020). *International health care system profiles: Norway*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway#LTSS>. 12.12. 2023 tarihinde erişilmiştir.
- The World Bank. (2023). *Current health expenditure (% of GDP)*. World Bank Group. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>. 12.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- The World Bank Data. (2022a). *Population ages 65 and above, total – Netherlands*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?locations=NL>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- The World Bank Data. (2022b). *Population ages 65 and above, total- Russian Federation*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?locations=RU>. 11.10.2023 tarihinde erişilmiştir.

- The World Bank Data. (2022c). *Population ages 65 and above, total- Japan*.
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?locations=JP>.
 11.10.2023 tarihinde erişilmiştir.
- The World Bank Data. (2022d). *Population ages 65 and above, total- Korea*.
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?locations=KR>.
 11.10.2023 tarihinde erişilmiştir.
- The World Bank Data. (2023). *Population ages 65 and above (% of total population)- Germany*.
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=DE>.
 10.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Theobald, H. & Chon, Y. (2020). Home care development in Korea and Germany: The interplay of long-term care and professionalization policies. *Social Policy & Administration*, 54(5), 615-629.
- Thomas, M. J. & Tommeras, A. M. (2022). *Norway's 2022 national population projections-Results, methods and assumptions*. Statistics Norway.
https://www.ssb.no/en/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/norways-2022-national-population-projections/_/attachment/inline/37d9dfef-1cd6-4390-b6ab-1601e21b32a8:1061870b3633187b8e861856f85e2dcc6638f666/RAPP2022-28_nasjfram%20ENG.pdf
- Tinios, P., Valvis, Z., & Georgiadis, T. (2022). Heterogeneity in long-term care for older adults in Europe: Between individual and systemic effects. *Journal of Ageing and Longevity*, 2(2), 153-177.
- Tiryaki, M. (2006). *Rusya Federasyonu Anayasası'nda sosyal hakların gelişimi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). *International profiles of health care systems 2020*. The Commonwealth Fund.
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>.

- Tomita, S., Hoshino, E., Kamiya, K., Yasuhiro, O., & Rahman, M. (2020). Direct and indirect costs of home healthcare in Japan: A cross-sectional study. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1109-1117.
- Tueth, M.J. (2020). Exposing financial exploitation of impaired elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(2), 104-111.
- Tulchinsky, T. H. & Varavikova, E. A. (2014). Measuring, monitoring, and evaluating the health of a population. *The New Public Health*, 91-147.
- Tuinman, A. (2021). *Nursing in long-term institutional care*. University of Groningen An examination of the process of care, University of Groningen.
- Tuncer, M., & Taşpınar, M. (2004). Meslek standartları ve çeşitli mesleki sınıflama sistemleri. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 1-10.
- TÜİK. (2022). *İstatistiklerle Yaşlılar*, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2022-49667>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- TÜİK. (2023). *İstatistiklerle Türkiye*. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_turkiye.pdf.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (t.y.). <https://sozluk.gov.tr/>
- Türken, Ç. (2015). Yaşlılık ve bakım sigortası: Almanya örneği. *Hacettepe University Journal of Economics & Administrative Sciences*, 26(1), 205-222.
- Tüzün, H. (2006). İsveç: Sosyal devletin düşen kalitesinde sağlık nereye? *Toplum ve Hekim*, 21(5-6).
- UNDESA. (2015), *The growing need for long-term care assumptions and realities*. United Nations. https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/un-ageing_briefing-paper_Long-term-care.pdf
- US Department of Health and Human Services. (2013). *Long-term care services in US: 2013 overview*. Vital and Health Statistics, Series 3, Number 37.

- US Department of Health and Human Services. (2016). *Long-term care providers and services users in United States: Data from the national study of long term care providers, 2013-2014*. Vital and Health Statistics, Series 3, Number 3.
- USAGov. (t.y.). *State social service agencies*. <https://www.usa.gov/state-social-services>. 04.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Uslu, A. O. & Güneş, M. (2017). Engelsiz kentler: Herkes için erişilebilir kentler. *Uluslararası Peyzaj Mimarlığı Araştırma Dergisi*, 1(2), 30-36.
- Ürgen, H. & Mirze, S.K. (2013). *İşletmelerde stratejik yönetim*. Beta Yayıncılık, s. 463-464.
- Van Voorhis, R. A. (2002). Different types of welfare states - A methodological deconstruction of comparative research. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 29(3).
- Wang, K., Wong, A. Y. K, Wong, E. L., Cheung, A. W. L., Yeoh, E. (2019). The perception of older and other stakeholders on long-term care services with higher individual autonomy: A Qualitative study in Hong Kong and analysis of official data during 2004-2016. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 34.
- Wei, Y. & Zhang, L. (2020). Analysis of the influencing factors on the preferences of the elderly for the combination of medical care and pension in long-term care facilities based on the andersen model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(15), 5436.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., & Pawelak, J. E. (2005). The past and future of home- and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 83(4).
- WHO. (2002). *National cancer control programmes, policies and managerial guidelines*. 2nd Edition.
- WHO (2000). *Home Based Long Term Care*. WHO Technical Report Series, 898. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11294171/>.

- WHO. (2019). *Long-term care services in focus in the Russian Federation*. <https://www.who.int/europe/news/item/26-12-2019-long-term-care-services-in-focus-in-the-russian-federation>. 12.11.2023 tarihinde erişilmiştir.
- WHO. (2022). *Rebuilding for sustainability and resilience: Strengthening the integrated delivery of long-term care in the European region*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>. 10.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- WHO. (2023). *Providing access to long-term care for older people*. <https://www.who.int/activities/providing-access-to-long-term-care-for-older-people>. 10.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Wilson, C. B. (2009). Developing community in care homes through a relationship-centred approach. *Health Social Care Community*, 17(2), 177-86.
- Wilson C. B. (2008), Using relationships to develop practice that values the contribution of older people, families and staff, *International Journal Older People Nursing*, 3(4), 274-277.
- Wilson, C. B. & Davies, S. (2009). Developing relationships in long term care environments: The contribution of staff, *J Clin Nurs.*, 18(12), 1746-55.
- Wiener, J. M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Cuellar, A. E., Campbell, J., & Ikegami, N. (2007). Quality assurance for long-term care: The experiences of England, Australia, Germany and Japan. *Quality Assurance*, 5.
- Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B., & Darton, R. (2001). *Demand for long-term care for older people in England to 2031*. LSE Research Online. https://eprints.lse.ac.uk/18394/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Wittenberg,%20R_Demand%20for%20long-term%20care_Wittenberg_Demand%20for%20long-term%20care_2015.pdf
- Wolff, J. L, Kasper, J. D., Shore, A. D. (2006). Long-term care preferences among older adults: a moving target? *Journal of Aging & Social Policy*, 20(2).
- Won Won, C. (2013). Elderly long-term care in Korea. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 4(1), 4-6.

- World Life Expectancy. (t.y.a). *Dünya Nüfus Piramidi*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/world-population-pyramid>. 09.08.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.b). *İngiltere Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/united-kingdom-population-pyramid>.
 05.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.c). *Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
www.worldlifeexpectancy.com/tr/united-states-population-pyramid. 04.09.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.d). *Kanada Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
www.worldlifeexpectancy.com/tr/canada-population-pyramid. 25.10.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.e). *İsveç Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/sweden-population-pyramid>.
 10.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.f). *Norveç Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/norway-population-pyramid>.
 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.g). *Almanya Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/germany-population-pyramid>.
 10.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.h). *Hollanda Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/netherlands-population-pyramid>.
 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.ı). *Rusya Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/russia-population-pyramid>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.

- World Life Expectancy. (t.y.i). *Japonya'nın 2020 ve 2050 Yıllarına Ait Nüfus Piramitleri*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/japan-life-expectancy>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.j). *Güney Kore Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/south-korea-population-pyramid>.
 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- World Life Expectancy. (t.y.k). *Türkiye Nüfus Piramidi (2023 yılı)*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/tr/turkey-population-pyramid>. 11.12.2023 tarihinde erişilmiştir.
- Wu, C., Lam, C. H., Xhafa, F., Tang, V., & Ip, W. (2022). Case study in elderly consultancy services. In *IoT for elderly, aging and eHealth: Quality of life and independent living for the elderly*. Cham: Springer International Publishing.
- Yağcıoğlu, Ö. & Atman, B. Y. (2023). Ebeveynlerin otizm gündüz bakım rehabilitasyon ve aile danışmanlığı merkezlerinden aldıkları hizmetlere ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(61), 833-857.
- Yang, Y., Schooten, K. S., Sims-Gould, J., McKay, H. A., Feldman, F., & Robinovitch, S. N. (2018). Leading to falls: Evidence from real-life falls captured on video in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(2), 130-135.
- Yoruldu, M. & Saraç, Ö. (Eds.). (2023). *Sosyal güvenlik finansmanı seçilmiş ülke uygulamaları*. Efe Akademi Yayınları, s.99-124.
- Yulia, M. & Danila, K. (2022). *National project "demography"*. National Research University Higher School of Economics.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4256570
- Zazdravnykh, E. A., Aistov, A. V., & Aleksandrova, E. A. (2021). Total expenditure elasticity of healthcare spending in Russia. *Russian Journal of Economics*, 7(4), 326-353.
- Zenina, L. (2023). *The long-term care system in the Russian Federation*. Social Policy Country Briefs, 21.

EK 1. GÖRÜŞME YÖNERGESİ

Görüşme Yönergesi

Görüşmede yarı yapılandırılmış yönerge kullanılacaktır. Görüşmeden önce katılımcılara uzun süreli bakım hizmetinin kapsamının anlatıldığı görsel ve kısa bir metin ile görüşmede sorulacak sorular açıklanacaktır. Ardından görüşme için kişinin onamı alındıktan sonra ses kayıt cihazı çalıştırılacak ve görüşme boyunca notlar alınacaktır. Öncelikle kendisini tanıtmayı, uzun süreli bakım hizmeti ile ilgili hizmet sunum sürecinde çalışıyorsa ne kadar zamandır bu alanda çalıştığı, uzun süreli bakım hizmetlerinin düzenlenmesi veya denetlenmesi ile ilgili yetkili ise sahip olduğu yetkinin mahiyeti ve ne kadar zamandır sahip olduğu sorulacaktır. Bu zaman zarfında kişilere uzun süreli bakım hizmet sunum sürecinde karşılaştıkları/karşılaşılan sorun alanları, bu sorunların nedenleri ile ilgili duygu ve düşünceleri ile çözüm önerilerini paylaşması istenecektir. Görüşme sırasında uzun süreli bakım sisteminin unsurları olarak düşünülen organizasyon, insan gücü, fiziksel mekanlar, ödemeler, teşvikler ve standartlar, sosyal güvenlik gibi sistemin temel alanları hatırlatılacaktır. Ayrıca sorulan her sorudan sonra somut örnekler vermesi istenecektir. Her görüşmeden sonra çözümlenemeler incelenerek bu kapsamda yeni sorular ya da sorma şekilleri belirlenecektir.

EK 2. ETİK KURALLAR

Etik Kurallar

- 1.Kayıt altına alınan görüşmelerden elde edilen kişisel bilgiler ile konuya ilişkin duygu ve düşünceler üçüncü kişiler ile paylaşılmayacaktır. Bilgiler sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır.
- 2.Görüşme zamanı ve yeri katılımcının istediğine göre belirlenecektir.
- 3.Görüşme en fazla 60 dakika (1 saat) sürecektir.
- 4.Katılımcı istediği zaman görüşmeyi sonlandırabilir.
- 5.Görüşmelerden elde edilecek veriler bu araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.
- 6.Görüşme öncesi etik kurallar vardır.
- 7.Onam formu görüşmeden önce katılımcıya ibraz ettirilecektir.

EK 3. GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Onam Formu

Tarih:/...../.....

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda, Prof. Dr. Bayram Şahin danışmanlığında yürütülen "Türkiye'de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi" ismindeki doktora tez çalışmam kapsamında derinlemesine görüşme çalışması gerçekleştirilmektedir. Araştırmamın yapılması konusunda Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon izni alınmıştır. Bu görüşmeye katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Bu çalışmada, derinlemesine görüşme ile Türkiye'de uzun süreli bakım hizmetinin değerlendirilmesi temelinde hizmet sunum sürecinde karşılaşılan sorunlar, nedenleri ve çözüm önerileri değerlendirilecektir. Görüşme yaklaşık 1 saat sürecektir ve ses kaydı yapılacaktır. Görüşme sırasında sizden deneyimlerinizi, gözlemlerinizi, duygu ve düşüncelerinizi, uzun süreli bakım sistemine ilişkin algılarınızı paylaşmanızı beklemekteyiz. Görüşmede; cinsiyetiniz, yaşıınız, medeni durumunuz, alandaki tecrübeniz ve çalışma yeriniz gibi kişisel bilgilerinizi aldıktan sonra bahsi geçen soruları yönelteceğim.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler yalnızca akademik amaçla kullanılacak ve hiçbir şekilde kimliğinizi ortaya koyacak şekilde değerlendirilmeyecektir. Çalışmaya katılımınızdan dolayı size bir ücret ödenmeyecek ve sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılmak ya da katılmamak / katıldıktan sonra herhangi bir aşamada vazgeçmek konusundaki karar tamamen size aittir. Çalışmaya katılmadan önce, çalışma sürecinde veya çalışma bittikten sonra aklınıza takılan, sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmaya katılmak isterseniz, lütfen bu formu imzalayınız. Teşekkür ederiz.

Duygu KIRGIN TOPRAK

Hacettepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü-Sağlık Yönetimi-Doktora Programı

Araştırmacılar tarafından yapılacak olan çalışmaya katılmama hakkımın olduğu, araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına da sahip olduğum konusunda bilgilendirildim. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı	Araştırmacı
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı: Duygu KIRGIN TOPRAK
Adresi:	Adresi:
Telefon Numarası:	Telefon Numarası:
e-posta:	e-posta:
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

EK 4. ETİK KOMİSYON İZNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Tarih: 31.07/2018 11:31
Sayı: E-35853172-300-00000173341



00000173341

Sayı : 35853172-300
Konu : Duygu KIRGIN TOPRAK Hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.07.2018 tarihli ve 12908312-300/00000137542 sayılı yazı.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora programı öğrencilerinden **Duygu KIRGIN TOPRAK**'ın Prof. Dr. Bayram ŞAHİN danışmanlığında hazırladığı **“Türkiye’de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi”** başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **17 Temmuz 2018** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör Yardımcısı

EK 5: ETİK KURUL İZNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1642

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 EYLÜL 2021 SALI
Toplantı No : 2021/14
Proje No : GO 21/663 (Değerlendirme Tarihi: 26.05.2021)
Karar No : 2021/14-17

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'in sorumlu araştırmacı olduğu, Duygu Kırgın TOPRAK'ın doktora tezi olan, GO 21/663 kayıt numaralı "*Türkiye'de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Eylül 2021-08 Mart 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

EK 6: UYGULANAN ANKETLER

TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÇALIŞANLARA YÖNELİK SORU KAĞIDI

Sayın Katılımcı,

Bu soru kâğıdı “Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinin paydaşlar açısından değerlendirilmesi” isimli doktora tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu çalışmada uzun süreli bakım veren kuruluşlardan hizmet alan bireyler ile bu kuruluşlarda hizmet veren personelin uzun süreli bakım hizmetlerine ilişkin tutum ve görüşleri araştırılacaktır. Araştırmanın yapılması konusunda Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni alınmıştır.

Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup kişisel veriler kesinlikle gizli tutulacaktır ve sadece “bilimsel amaçlar için” kullanılacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Anket 10-15 dakika sürmektedir. Ayrıca herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Araştırmaya ve araştırma sonuçlarına ait sorularınızı aşağıdaki telefon numarası veya e-posta adresi üzerinden ileterek gerekli bilgileri alabilirsiniz.

Araştırmamıza katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Uzm.Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Gsm:

e-posta:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum

BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum yılınız:
Cinsiyetiniz:
Eğitim durumunuz:
Mesleğiniz:
Medeni durumunuz:
Çocuk sayınız:
Kaç yıldır uzun süreli bakım alanında çalışmaktasınız?
Aylık geliriniz:

BÖLÜM 2: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR

Madde No		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim ile İlgili İfadeler						
1.	Türkiye'de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Türkiye'de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresi bir yıldan uzun sürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Yaşlılar yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretleri yüksek olduğu için yaşlılar bu merkezlerden yararlanamamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Uzun süreli bakım hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi değildirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Türkiye'de uzun süreli bakım hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kurumsal Bakımın Yüğü ile İlgili İfadeler						
10.	Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediğı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Yakınlarına evde bakım aileler yeterince desteklenmediğı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri ile İlgili İfadeler						
13.	Yaşlı ve engelli bireylerin ihtiyaçlarındaki farklılıklar gözetilmeksizin aynı merkezlerde hizmet verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demans'a özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılması, bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bakım Hizmeti Sunan Personel ile İlgili İfadeler						
18.	Sağlık çalışanlarına uzun süreli bakım ile ilgili gerekli eğitimler verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Uzun süreli bakım hizmetlerinde çalışan personelin mesleki yeterlilikleri ile ilgili standartlar tanımlanmamıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Bakım elamanları uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlarda devamlı çalışmak istememektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Yaşlılığın ilerlemesi ve/veya engelliliğin artması bakım verenin çalışma motivasyonunu düşürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Vardiyalı çalışma, bakım elamanlarının işe bağlılığını azaltmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	Uzun süreli bakım merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşlı ve Engelli Yakınları ile İlgili İfadeler						
25.	Yaşlı ve engellilere ihtiyaç duydukları kurumsal bakımın sağlanmaması yakınlarının bakım yükünün artmasına neden olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

26.	Yaşlı ve engellisine bakan aile üyelerine kamu kuruluşları tarafından verilen psikolojik ve sosyal destekler yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Yabancı uyruklu bakıcılar profesyonel ve güvenli hizmet sunmamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kararlara Katılım/ Hizmet Alanın Memnuniyeti ile İlgili İfadeler						
28.	Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

BÖLÜM 3: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLARA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Madde No		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim ile İlgili Öneriler						
30.	Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Uzun süreli bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.	Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında uzun süreli bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.	Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.	Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme düzeylerine göre belirlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37.	Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	Yaşlı ve engellilerin ihtiyaç değerlendirme, sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kayıtları bilgisayar üzerinden ulaşılabilir olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kurumsal Bakımın Yüğü ile İlgili Öneriler						
39.	Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40.	Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41.	Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42.	Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43.	Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalı ve öz bakım hizmetleri, rehberlik, yönlendirme hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri bu merkezlerde sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44.	Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetlerine ile İlgili Öneriler						
45.	Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46.	Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47.	Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bakım Hizmeti Sunan Personel ile İlgili Öneriler						
48.	Uzun süreli bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
49.	Uzun süreli bakım hizmetlerinde çalışacak personele kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50.	Yaşlı ve engelli bakım alanında çalışan meslek derneklerinin kuruluşlarda çalışanlara yönelik eğitim, kariyer desteği gibi gönüllü faaliyetler yapmalarına imkân tanınmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51.	Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52.	Bakım verenlere hizmet alanlarla iletişim becerileri geliştirme ve hizmet sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede danışmanlık hizmetleri verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53.	Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Yaşlı ve Engelli Yakınları ile İlgili Öneriler						
54.	Yaşlı ve engelli yakınlarına bakım hizmeti konusunda gündüz yaşam merkezlerinde rehberlik hizmeti sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55.	Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56.	Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
57.	Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58.	Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hasta ve yaşlı bakımı konusunda sertifikalarının olması zorunlu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
59.	Bakım hizmetlerinde çalışacak yabancı uyrukluların hizmet alanlarla iletişim sağlayabilecek seviyede dil bilmeleri zorunlu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
60.	Bakım verenlere bakım sürecinde hizmet alanın ve kendilerinin güvenliğini sağlayarak nasıl bakım verecekleri ile ilgili uygulamalı eğitimler verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kararlara Katılım/ Hizmet Alanın Memnuniyeti ile İlgili Öneriler						
61.	Yatılı kuruluşlarda oda düzeni ve odalarda kullanılacak ekipmanlar konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
62.	Yatılı kuruluşlarda yemek menüleri ve yemek saatleri, konusunda hizmet alanın görüşleri sorulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
63.	Kuruluştaki yemekhane, pastane, dinlenme salonları, beceri geliştirme atölyeleri gibi ortak alanlar hizmet alanların bağımlılık seviyesine uygun olarak düzenlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
64.	Yatılı kuruluşlarda bireylerin kalacakları oda arkadaşlarını seçme özgürlüğü olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
65.	Hizmet alanların/yakınlarının sunulan hizmet ile ilgili memnuniyetleri ölçülmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
66.	Yukarıda belirtilenlerin dışında Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlar varsa yazınız?					
67.	Yukarıda belirtilenlerin dışında Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinde yaşanan bu sorunlarla ilgili belirtmek istediğiniz çözüm önerileriniz varsa yazınız?					

**TÜRKİYE’DE UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNİN PAYDAŞLAR AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE HİZMET ALANLARA YÖNELİK SORU KAĞIDI**

Sayın Katılımcı,

Bu soru kâğıdı “Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetlerinin paydaşlar açısından değerlendirilmesi” isimli doktora tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu çalışmada uzun süreli bakım veren kuruluşlardan hizmet alan bireyler ile bu kuruluşlarda hizmet veren personelin uzun süreli bakım hizmetlerine ilişkin tutum ve görüşleri araştırılacaktır. Araştırmanın yapılması konusunda Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni alınmıştır.

Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup kişisel veriler kesinlikle gizli tutulacaktır ve sadece “bilimsel amaçlar için” kullanılacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Anket 10-15 dakika sürmektedir. Ayrıca herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Araştırmaya ve araştırma sonuçlarına ait sorularınızı aşağıdaki telefon numarası veya e-posta adresi üzerinden ileterek gerekli bilgileri alabilirsiniz.

Araştırmamıza katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Uzm.Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Gsm:

e-posta:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum

BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum yılınız:
Cinsiyetiniz:
Eğitim durumunuz:
Mesleğiniz:
Medeni durumunuz:
Çocuk sayınız:
Kaç yıldır yatılı bakım hizmeti almaktasınız?
Aylık geliriniz:
Kuruluşa gelme sebebiniz:

BÖLÜM 2: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR

Madde No		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Orta Derecede Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim ile İlgili İfadeler						
1.	Türkiye'de yaşlı ve engellilere yönelik yatılı kurumsal bakım hizmetleri yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Türkiye'de yatılı kurumsal bakım hizmetleri yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Büyük şehirlerde merkezi konumdaki kamuya ait huzurevlerinde bekleme süresi bir yıldan uzun sürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Yaşlılar yatılı kurum bakımından yararlanabilmek için şehir değiştirmek zorunda kalmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezlerinin ücretleri yüksek olduğu için yaşlılar bu merkezlerden yararlanamamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Uzun süreli bakım hizmetlerinin geri ödeme kapsamına alınmaması hizmetin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Bakım ihtiyacı olan kişiler ve yakınları, kendileri için uygun bakım hizmeti konusunda rehberlik ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri mercilerle ilgili genellikle bilgi sahibi değildirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Yaşlı ve engelli bireylerin, ihtiyaçlarına uygun bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini alamamaları bakım ihtiyacını artırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetleri ile ilgili kayıt sistemi yeterli düzeyde değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Kurumsal Bakımın Yüğü ile İlgili İfadeler						
10.	Profesyonel evde bakım hizmetleri gelişmediğı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Yakınlarına evde bakım aileler yeterince desteklenmediğı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Gündüz bakım hizmetleri yeterli düzeyde olmadığı için yatılı kurumsal bakıma olan ihtiyaç artmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri ile İlgili İfadeler						
13.	Yaşlı ve engelli bireylerin ihtiyaçlarındaki farklılıklar gözlemlenmesinin aynı merkezlerde hizmet verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Son dönem Alzheimer/demans tanılı yaşlıların, diğer yaşlılar ile bir arada bakılması Alzheimer/demans'a özel önlemlerin alınmasını zorlaştırmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Yatılı kurum bakımında bağımlı ve bağımsız yaşlıların bir arada kalması bağımsız yaşlıların morallerini düşürmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Engelli bakım merkezlerinde yaşlılara da hizmet sunulması, yaşlıları olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Bedensel engelli bireylere zihinsel ve psikolojik engellilerle bir arada bakılması, bedensel engelli bireyleri olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bakım Hizmeti Sunan Personel ile İlgili İfadeler						
18.	Bakım sürecinde yer alan personel ile hizmet alan bireyler veya yakınları arasında sık sık iletişim problemleri yaşanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Uzun süreli bakım merkezlerinde çalışan personel hizmet sunum sürecinde hizmet alanlardan ve yakınlarından gelebilecek şiddete ve istismara karşı savunmasızdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşlı ve Engelli Yakınları ile İlgili İfadeler						
20.	Yaşlı ve engellilere ihtiyaç duydukları kurumsal bakımın sağlanmaması yakınlarının bakım yükünün artmasına neden olmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Yaşlı ve engellisine bakım aile üyelerine kamu kuruluşları tarafından verilen psikolojik ve sosyal destekler yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Yabancı uyruklu bakıcılar profesyonel ve güvenli hizmet sunmamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kararlara Katılım/ Hizmet Alanın Memnuniyeti ile İlgili İfadeler						
23.	Yaşlı ve engellilere sunulan hizmetlerde onların tercih ve görüşleri dikkate alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	Sunulan bakım hizmetlerine yönelik hizmet alanların/yakınlarının geribildirimleri alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

BÖLÜM 3: UZUN SÜRELİ BAKIM HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLARA İLİŞKİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Madde No		Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Erişim ile İlgili Öneriler						
25.	Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik yatılı bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Her ilde bakım ihtiyacı olan kişilere yönelik gündüz bakım hizmeti sunan kuruluşlar olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Dar gelirli emekli yaşlıların özel huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerinden yararlanabilmesi için ücretlerin bir kısmı devlet tarafından karşılanmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Uzun süreli bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği için bakım sigortasına geçilmesi önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Toplum sağlığı ve aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında uzun süreli bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	Hastanelerde travma sonrası veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı gelişen yaşlı ve engellilere ihtiyaç duyacakları bakım hizmetleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyacı, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme düzeylerine göre belirlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Kurum bakımında fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi, beceri geliştirme faaliyetleri ve sportif faaliyetler gibi kuruluş içinden sağlanamayan hizmetler dışarıdan temin edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Yaşlı ve engellilerin ihtiyaç değerlendirme, sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kayıtları bilgisayar üzerinden ulaşılabilir olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Kurumsal Bakımın Yüğü ile İlgili Öneriler						
34.	Temizlik, çamaşır, yemek, ulaşım gibi konularda sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı ve engellilere bu hizmetler kurumsal bakım yerine evde destek hizmetleri olarak sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.	Yaşlıların ihtiyaç duydukları kişisel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi yaşam alanlarında verilmesi için evde bakım hizmetleri güçlendirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.	Yatılı kurumsal bakım yükünü azaltmada evde bakım aylığı etkili bir araç olarak kullanılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

37.	Evde bakım hizmetleri bakım ihtiyacında olan tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	Gündüz bakım merkezleri yaygınlaştırılmalı ve öz bakım hizmetleri, rehberlik, yönlendirme hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri bu merkezlerde sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39.	Yaşlı/engelli dostu siteler/kentler gibi alternatif hizmet modellerine yönelik çalışmalar yapılarak kurumsal bakımın yükü azaltılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Uzmanlaşmış Bakım Hizmetleri ile İlgili Öneriler						
40.	Engel türüne göre ihtisaslaşmış bakım merkezleri kurulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41.	Yaşlılıkta mental durumu etkileyen hastalıklara yönelik ayrı bakım merkezleri olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42.	Kuruluşun, hizmet alanların bağımlılık seviyesine göre bölümlere ayrılması hizmet alanları daha güvende hissettirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Bakım Hizmeti Sunan Personel ile İlgili Öneriler						
43.	Uzun süreli bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin eğitimleri sırasında uzun süreli bakım hizmeti sunan kuruluşlarda staj yapma zorunluluğu olmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44.	Uzun süreli bakım hizmetlerinde çalışacak personele kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45.	Yaşlı ve engelli bakım alanında çalışan meslek derneklerinin kuruluşlarda çalışanlara yönelik eğitim, kariyer desteği gibi gönüllü faaliyetler yapmalarına imkân tanınmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46.	Bakım elemanlarının hizmet sunum sürecine yönelik görüşleri değerlendirilmeli ve uygulamalara yansıtılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47.	Bakım verenlere hizmet alanlarla iletişim becerileri geliştirme ve hizmet sürecinde yaşanan sorunlarla baş etmede danışmanlık hizmetleri verilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48.	Her sabah tüm personelin ve yöneticinin bir arada günaydın toplantısı yapması çalışanlar arası iletişimi artıracaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yaşlı ve Engelli Yakınları ile İlgili Öneriler						
49.	Yaşlı ve engelli yakınlarına bakım hizmeti konusunda gündüz yaşam merkezlerinde rehberlik hizmeti sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50.	Tam bağımlı bireyler yatılı kurum bakımı kapsamına alınması yönünde teşvik edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51.	Evde bakım hizmetleri, bakım verenlerin ihtiyaçlarını göz önüne alacak şekilde geliştirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52.	Evde bakım verenlere zaman yaratmak için saatlik bakım hizmetleri sunulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 7: İDARİ İZİN

T.C.
BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-89167116-000-36878
Konu : Anket İzni

21.10.2021

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 08.10.2021 tarihli ve 49 sayılı yazı.

Belediyesine bağlı Huzurevi bünyesinde ilgi tarih sayılı yazıda belirtilen Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Duygu KIRGIN TOPRAK'ın **Türkiye'de uzun süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi**' başlıklı tezi kapsamında yapılacak olan Anket çalışmasının yapılmasında herhangi bir sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Belediye Başkanı a.
Belediye Başkan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 062jMQ-XzzR67-u4b9ee-xZOIvB-DhTgFFc0 Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-belediye-ebys>

/ Ankara

Bilgi için: 1



EK 8: TEZ ORJİNALLİK RAPORU

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA Tarih: 14/02/2024 Tez Başlığı "Türkiye'de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Paydaşlar Açısından Değerlendirilmesi" Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 289 sayfalık kısmına ilişkin, 14/02/2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %5'dir. Uygulanan filtrelemeler**: ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç ☒ Kaynakça hariç ☐ Alıntılar hariç ☒ Alıntılar dâhil ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim. Duygu KIRGIN TOPRAK

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Duygu KIRGIN TOPRAK	
	Öğrenci No	N12245377	
	Enstitü Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
	Programı	Sağlık Yönetimi	
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN

*Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları ikinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

EK 8. TEZ ORJİNALLİK RAPORU - DEVAMI

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES DEPARTMENT OF OF HEALTH MANAGEMENT	Date: 14/02/2024
Thesis Title (In English): Evaluation of Long Term Care in Terms of Stakeholders in Turkey	
According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 14/02/2024 for the total of 289 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 5%.	
Filtering options applied**: 1. ☒ Approval and Declaration sections excluded 2. ☒ References cited excluded 3. ☐ Quotes excluded 4. ☒ Quotes included 5. ☒ Match size up to 5 words excluded	
I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.	
I respectfully submit this for approval.	
Duygu KIRGIN TOPRAK	

Student Information	Name-Surname	Duygu KIRGIN TOPRAK	
	Student Number	N12245377	
	Department	Health Management	
	Programme	Health Management	
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Bayram ŞAHİN

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding refence, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

