

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

GERİATRİ HİZMETLERİ ÜZERİNE GENEL BİR DEĞERLENDİRME:
ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Selda EK

Tez Danışmanı
Prof.Dr.Dilaver TENGİLİMOĞLU

Ankara-2007

ONAY

Selda EK tarafından hazırlanan “Geriatric hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme: Ankara ili örneği” başlıklı bu çalışma, 11.07.2007 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda (oybirliği/oyçokluğu) ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim, Hastane İşletmeciliği Bilim dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. M. Mithat ÜNER

.....
Prof. Dr. Sanem ALKİBAY

.....
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

ÖNSÖZ

Yaşlılık insanlığın kaçınılmaz bir gerçeği olmakla birlikte, daha uzun yaşamak ve yaşlılığı daha yaşanır hale getirmek insanoğlunun hiç bitmeyen düşüncesi ve çabası olarak süregelenmiştir. Herkese yakın olduğunu bildiğimiz, ancak kimsenin erken yaşlarda kendine yakın ve yakışır bulmadığı yaşlılık; çocukluk ve gençlik kadar doğal ve yaşanması gereken bir yaşam evresi olmasına rağmen, modern topluma geçiş sürecinde problemli bir evre olarak kabul edilmektedir. Özellikle Türkiye’de, küreselleşme ile birlikte modern toplumun yaşam şekilleri benimsenirken kurumların oluşturulamamış olması; bunun yanı sıra yeni yaşam şeklinin geleneksel değerlerle uyum sağlamakta zorlanması, en çok yaşlıları etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye’deki yaşlılık anlayışının incelenmesi, değerlendirilmesi ve yeni kurumsal model ve öneriler oluşturulmasıdır.

Tez çalışmasının hazırlanmasında ve sunumunda rehberlik eden, engin bilgi birikimini, desteğini ve zamanını esirgemeyerek paylaştan yüksek lisans tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu’na teşekkürlerimi ve saygılarımı sunuyorum.

Tüm anketlerin uygulanmasında sıkılsalar bile değerli vakitlerini ayırmakla kalmayıp nazikçe cevaplarını sürdüren, gösterdikleri yakınlık ve ilgilerinden dolayı çalışmaya katkı sağlayan huzurevleri sakinlerine, bu çalışmanın zor zamanlarında desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma, araştırmam sırasında yardımlarını gördüğüm değerli özel / tüzel ve kamu kurum, kuruluş yönetici ve çalışanlarına, bu günlere gelmemdeki maddi ve manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim ve üzerimde hiçbir zaman karşılanamayacak haklarının varlığını bildiğim sevgili annem ve babama teşekkürlerimi,şükran ve saygılarımı sunarım.

Selda EK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM YAŞLILIKLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. TANIMI VE ÖNEMİ.....	5
1.1.1 Gerontoloji	5
1.1.2 Geriatri	7
1.1.3 Sosyal Geriatri.....	8
1.1.4 Yaş.....	8
1.1.5 Yaşlılık	9
1.1.5.1 Toplumsal ve Kültürel Açından Yaşlılığa Bakış	12
1.1.5.1.1 Geleneksel Toplumlarda Yaşlılık	15
1.1.5.1.2 Çağdaş Toplumlarda Yaşlılık	16
1.1.6. Yaşlanma	17
1.2. YAŞLI SORUNLARI	19
1.2.1. Kalacak Yer İle İlgili Sorunlar	20
1.2.2. Psikolojik Sorunlar.....	21
1.2.3. Ekonomik Sorunlar	22
1.2.4. Aile ve Arkadaş İlişkilerinden Kaynaklanan Sorunlar.....	24
1.2.5. Sağlık Sorunları ve Yaşlılıkta Yalnızlık Hissi Sorunları	25
1.2.6. Yaşlılığa Uyum Sorunu	26

1.3. YAŞLI BEKLENTİLERİ	27
1.3.1. Yaşlıların Toplumdan Beklentileri.....	27
1.3.2. Yaşlıların Yerel Yönetimlerden Beklentiler	28
1.3.3. Yaşlıların Devletten Beklentileri	28
1.4. YAŞLILAR VE BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KARARLARI	28
1.5. YAŞLILIKLA İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER	31

İKİNCİ BÖLÜM

YAŞLILARA YÖNELİK HİZMETLER VE ÇALIŞMALAR

2.1. YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ	36
2.1.1. Yaşlılara Yönelik Sosyal Güvenlik Hizmetleri	49
2.1.2 Yaşlılara Yönelik Sağlık Hizmetleri	53
2.1.2.1. Geriatri Hastaneleri.....	55
2.1.2.2. Gündüz hastaneleri	56
2.1.2.3. Hasta Konukevleri	57
2.1.2.4. Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Hizmetleri	57
2.1.2.5. Yaşlılarda Hemşirelik Bakımı.....	58
2.1.3. Barınma Hizmetleri.....	59
2.1.3.1 Yaşlı Huzurevleri	64
2.1.3.1.1 Darülaceze.....	69
2.1.3.1.2. Türkiye’de Sivil Toplum Kuruluşları Örnekleri.....	69
2.1.3.2. Yaşlı Bakımevleri.....	70
2.1.3.3. Sokak Yaşlıları Yardım Evi.....	71
2.1.3.4. Yaşlı Apartmanları.....	71
2.1.3.5. Yaşlı Köyleri.....	72
2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri	73
2.1.5. Diğer Yaşlı Hizmetleri	76
2.1.5.1. Yaşlı Kulüpleri.....	76
2.1.5.2. Yaşlı Dayanışma Merkezleri.....	77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YAŞLILARIN BAKIMINA YÖNELİK BİR İŞLETME TÜRÜ OLARAK YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNİN VE HUZUREVLERİNİN YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU

3.1. YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP	79
3.1.1. Arz Kavramı ve Arz Esneklikleri.....	79
3.1.1.1 Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Arz	80
3.1.2 Talep Kavramı Ve Talep Esneklikleri	81
3.1.2.1 Huzurevlerine Talep Nedenleri	84
3.2. PİYASA DENGESİ	85
3.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İŞLETMELERİ	86
3.3.1. İşletme Olarak Sağlık İşletmeleri ve Huzurevlerinin Farkı.....	88
3.3.2 Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile Huzurevlerinin ilişkisi.....	90
3.4. HUZUREVLERİNDE ORGANİZASYON.....	90
3.4.1. Türkiye’de Huzurevleri Organizasyonu	91
3.5. HUZUREVLERİNDE MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ.....	92
3.5.1. Huzurevi Müşterisinin Sorunlarına Çözüm Getirecek Personelin Eğitimi.....	95
3.6. ÜLKELERE GÖRE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ	96
3.6.1 Amerika Birleşik Devletleri	96
3.6.2 İngiltere.....	100
3.6.3. Almanya	101
3.6.4. İtalya	103
3.6.5. Danimarka.....	104
3.6.6. Hollanda	106
3.6.7. İsveç	106
3.6.8. İrlanda.....	107
3.6.9. Japonya.....	108
3.6.10. Kore	109

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ANKARA BÖLGESİ YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNDE MEVCUT ARZ VE TALEBİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	110
4.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	110
4.3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	111
4.3.1. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	111
4.3.2. Araştırmanın Varsayım ve Hipotezleri.....	112
4.3.3. Anket Sorularının Hazırlanması	115
4.3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	116
4.3.5. Verilerin Analiz Yöntemi.....	118
4.4. BULGULAR	119
4.4.1 Ankara'nın Demografik özellikleri	119
4.4.2.Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlıları İle İlgili Demografik Sonuçlar	122
4.4.3.Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlıların Sosyal Güvenlikleri ve Gelir Durumları ile İlgili Sonuçlar.....	127
4.4.4.Araştırmaya Katılan Yaşlılarının Kurum Öncesi Yaşam Ve Kuruma Geliş Sebepleri İle İlgili Sonuçlar	135
4.4.5 Araştırmaya Katılan Yaşlılarının Kurum Memnuniyeti, Beklentileri ve Kurum Değerlendirme Sonuçları	142
4.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	148
SONUÇ VE ÖNERİLER	160

KAYNAKÇA	166
-----------------------	------------

EKLER

EK 1:Görüşme Formu	183
Ek 2:İllere Göre SHÇEK'e Bağlı Huzurevleri Kapasite Ve Kuruluş	
Yılları	190
Ek 3: Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri	194
Ek 4:İllere Göre Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevi	
Kapasite Ve Kuruluş Yılları	196
Ek 5 : Azınlıklara Ait Huzurevleri	197
Ek 6: Yerel Yönetimlere Ait Huzurevleri.....	198
Ek 7 : Gerçek Kişilere Ait Huzurevleri.....	199
Ek 8: SHÇEK Huzurevlerine Giriş Koşulları Ve Başvuru Koşulları	200

ÖZET	202
-------------------	------------

ABSTRACT	203
-----------------------	------------

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Bkz	Bakınız
BM	Birleşmiş Milletler
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
FAO	Gıda ve Tarım Örgütü
Güç-Vak	Türkiye Gücsüzler Ve Kimsesizlere Yardım Vakfı
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
KASEV	Milli Eğitim Bakanlığı Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi Vakfı
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MESEV	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Eğitimi Vakfı
n	Örnek Çapı, Sayı
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNARRA	Birleşmiş Milletler Yardım ve Rehabilitasyon Örgütü
UNESCO	Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
v.b.	Ve Benzeri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
%	Yüzde

TABLOLAR ve ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1: Nüfusu 10 milyarın üzerinde olan gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı	42
Tablo 2: 2005-2050 yılları için Gelişmişlik Düzeylerine Göre Ülkelerin ve Dünyanın Yaş Gruplarına Göre Nüfusu Ve Yüzdeleri.....	43
Tablo 3: Yaşlı Bağımlılık oranı.....	44
Tablo 4: Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Doğurganlık Hızı ve Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi	48
Tablo 5 Türkiye ve Ankara'da Huzurevleri Sayı ve Kapasitesi Durumu	65
Tablo 6 : İllere Göre Yaşlı Dayanışma Merkezleri	78
Tablo 7: Ankara'daki Huzurevleri Sayısı Ve Örneklem Oranları.....	117
Tablo 8 : 2000 Yılı Ankara İl Merkezi Yaşlı Nüfusun Dağılımı	120
Tablo 9 : Yıllara Göre Yaş Bağımlılık Oranı.....	122
Tablo 10 : Ankete Katılan Huzurevi Yaşlılarının Demografik Özellikleri.....	123-124
Tablo 11: Yaşlıların Sosyal Güvenlik Bilgileri.....	127
Tablo 12: Yaşlıların Gelir Kaynakları	129
Tablo 13: Sahip Oldukları Menkul Kıymetleri Ve Gayrimenkulleri.....	130
Tablo 14: Yaşlıların Gelir Durumlarını İfadesi	131
Tablo 15: Gelir Durumunun Yeterlilik Değerlendirmesi	132
Tablo 16: Ek Gelir Getiren Uğraş	132
Tablo 17: Kurum Ücreti Haricinde Ek Harcama Yapılması.....	133
Tablo 18: Yaşlıların Sağlık Sorunları Ve Sağlık Harcamaları	134
Tablo 19: Huzurevi Yaşlılarının Kurum öncesi Yaşam ve Kuruma Geliş Sebepleri.....	135

Tablo 20: Yaşlılardan evde bakıcı veya yardımcılarının Olma durumu.....	136
Tablo 21 : Kurum Öncesi Yalnız Yaşama Süresi.....	137
Tablo 22: Huzurevi Yaşlılarının Kuruma Gelme Nedenleri.....	138
Tablo 23: Huzur Evine Gelme Sebepleri Olmasaydı Kalmayı Terci Edecekleri Yer, Geliş Kararını Veren Kişi, Kurumda Kalma Süresi, Kurum Hakkında Bilgi Ve Kuruma Ücret Ödeme Durumu	140
Tablo 24: Huzurevi Çalışanlarının İlgisinden Memnuniyet.....	142
Tablo 25: Yaşanan Odalar ve Ödenen Ücret Karşılığının Alındığına İnanılması.....	142
Tablo 26: Kurum Hizmetlerinin Yeterliliği.....	143-144
Tablo 27: Yaşlıların Huzurevi Yönetiminden Beklentileri.....	145
Tablo 28 : Yaşlıların Medeni Durumları İle Yaşlıların Evinde Bakıcı Veya Yardımcı Olma Durumu Arasındaki İlişki	148
Tablo 29 : Medeni Durum ile Kuruma Gelme Sebepleri Arasındaki ilişki	149
Tablo 30: Eğitim Durumu İle Kuruma Gelme Nedeni Arasındaki İlişki	154
Tablo 31: Yaş Gruplarına Göre Gelir Dağılımı.....	159

ŞEKİLLER

Şekil 1: 2002-2025 Dünya Nüfus Piramidi.....	41
Şekil 2. : 2005-2050 Yılları İçin 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Kıtalara Göre Dağılımı.....	46
Şekil 3 : Yaş bağımlılık oranı, 1950 – 2020.....	121

GİRİŞ

Yaşlılık her toplumda ve kültürde hangi sınıf ve statüde olursa olsun kaçınılmaz bir yaşam sürecidir. Cicero, tarafından İ.Ö.44'de yazılan Cato Maior'da ilk defa yaşlılıkla ilgili ifadeler yer verilmiş olup; kitap Türkçeye "Yaşlılık ve Dostluk" olarak çevrilmiştir. Bu eserde Cato: "...yaşlılığa herkes ulaşmak ister, ulaşıncı da onu kötüler... insan ha seksen yaşında ha sekizyüz yaşında olmuş, yaşlılığın ağırlığı aynı değil midir? Tıpkı ağaçta ve yerde yetişen meyvelerin zamanı gelince olgunluktan geçmesi ve düşmesi gibi, insan ömrünün de bir sonu olması zorunluydu" derken yaşlılığın kaçınılmazlığını vurgular (Cicero, 1998: 15-28'ten naklen, Oktik, 2004:IX).

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin ürünü olan sanayileşme ve buna bağılı olarak kentleşme, yeni bilim ve teknoloji alanında açılımların hızlanmasına araç olurken insan ömrünün uzaması kaçınılmaz bir olgu olmuştur. Özellikle batılı ülkelerde 1950 sonrası refah düzeyindeki artışlar, tıpta yeni gelişmelere temel hazırlamıştır. Sanayi toplumlarında kentte yaşamının da etkisiyle doğum oranlarındaki hızlı düşüş, yaşlılık ve yaşam kalitesi arasındaki bağı araştırılmasını önemli kılmıştır (Oktik, 2000:170).

Kentsel ailelerde, yaşlı kuşakların çocukları tarafından bakılmaları gerekliliğı yaygın bir görüştür. Bu görüş; kabul edilen değerler arasında bulunmasına rağmen, gün geçtikçe evli çiftlerin anne ve babaları ile oturması azalmaya başlamıştır. Genç çiftler ile anne babalarının birlikte oturmama nedenleri, öncelikle kentleşmenin getirdiğı mekân sorunu gibi görünmekle birlikte, her iki kuşak arasında hızlı toplumsal değişimin yol açtığı kültürel, toplumsal ve siyasal inanç ayrılıklarının bulunmasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir yandan da kentlerde oturanların çoğunlukla sosyal güvenlik kapsamına girmeleri nedeniyle yaşlı kuşağın, gençlerin mali desteğine gereksinim duymamaları sonucunu doğurmaktadır.

Yaşlı nüfusun süratle arttığı dünyada, yaşlılara sunulan bakım hizmetleri Avrupa ülkelerinde çeşitlilik kazanırken, Türkiye’de de huzurevleri kurumsal bakımın tek odak noktası olarak yaşlı nüfusa hizmet sunmaktadır. Bu kurumsal bakım hizmetlerinin niteliği, ömürlerinin son dönemlerini huzurevinde geçirmeyi tercih etmiş veya huzurevine yakınları tarafından götürülmüş yaşlılar için büyük önem taşımaktadır (Kural, 2001: IV).

Bir toplumda yaşlı nüfus artışı ve nüfusun yaşlanması, o toplumun sosyo-ekonomik kalkınmasını da etkiler. Yaşlı nüfus genellikle tüketici durumda olan bir kesim olduğu için üretime katkıları çok az ve sınırlıdır. Toplumların dinamizmi, üretkenliği ve refahı genç nüfusun niteliği ve niceliği ile doğru orantılıdır. Yaşlı nüfus arttığında, çalışan her bir bireyin bakacağı tüketici sayısı da artmış olacaktır. Kişiler arası ilişkiler ile aile ilişkileri de yaşlı nüfusun artışından etkilenecektir.

Yaşlı nüfusun artmasında, yaşam koşullarının gelişmesi, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve tıp bilimindeki gelişmeler, beslenme ve eğitim gibi etmenlerin geliştirilmesi rol oynamış ve ortalama yaş oranı yükselmiştir (Tezcan, 1990: 116). Bunun yanında, tıbbi bilgilerin dışarı yayılması ve verimlilik düşüşünden dolayı, gelişmekte olan ülkelerde yaşlanma, endüstri ülkelerinden daha fazla olmaktadır. Bunun sonucu olarak da, gelişmekte olan ülkelerin "yaşlı" nüfusunun istatistiksel durumunun, kişi başına düşen gelir düzeylerinin de endüstriyel ülkelere daha düşük olması kaçınılmazdır (Gönen, Hablemitoğlu, 1994: 408–414).

Bu çalışmanın amacı da geriatri hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme yaparak Ankara il sınırlarındaki geriatri merkezleri ve huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik bir alan çalışması yapmaktır.

Tezin hazırlanması sırasında birtakım zorluklarla karşılaşmıştır. Yaşlılar huzurevinden atılmaktan korktukları için, kendilerine uygulanan anket sorularına objektif cevaplar vermekte zorlanmışlardır. Bir başka zorluk ise yaşlı bireylerin yaşlarından dolayı anlama zorluğu çekmeleri ve huzurevinde kalan yaşlıların pek çoğunun alzheimer ya da demans gibi rahatsızlıkları sebebiyle anket için yeterli sayı ve nitelikte yaşlıya ulaşmakta sıkıntılar yaşanmıştır.

Tez çalışması, dört temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "Yaşlılık" başlığı altında, yaşlılığın tanımı, yaşlılıkla ilgili farklı sınıflandırmalar, yaşlılık sorunları, yaşlı beklentileri yaşlılıkla ilgili Birleşmiş Milletler (BM) kararları ve yasal düzenlemelere yer verilmiştir. Bu bölüm, tez konusu olan huzurevlerinin öznesi konumunda olan yaşlıları ve yaşlılıkla ilgili sorunları kısa da olsa analiz edebilme amacını gütmektedir.

İkinci bölüm, "yaşlılara yönelik hizmet ve çalışmalar" başlığı altında, yaşlılar için sosyal güvenlik, sağlık, barınma, evde bakım ve diğer yaşlı bakım hizmetlerini kapsamaktadır.

Üçüncü bölüm, "yaşlıların bakımına yönelik bir işletme türü olarak yaşlı bakım merkezlerinin ve huzurevlerinin yönetim ve organizasyonu" başlığı ile yaşlı bakım hizmetlerinin arz ve talebine, işletmelere, huzurevi işletme ve müşteri ilişkilerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaları ve ülkelerin incelenmesini kapsamaktadır.

Dördüncü ve son bölüm düzenlenen anketlerin sonuçlarının verildiği ve değerlendirildiği "araştırma" bölümüdür. Bu bölümde araştırma yöntemi belirtilmiş, anket sorularının istatistiki yöntemlerle karşılaştırılması sonucu oluşturulan tablolar gösterilmiş, bulgular tartışılmıştır. Huzurevlerinde kalan yaşlı bireyler arasından random olarak seçilen 260 kişiye, ölçüm aracı olarak hazırlanan 38 soruluk bir anket formu uygulanmış, elde edilen verilerin SPSS'te analizleri yapılmıştır. Son bölümde ise, özellikle dördüncü bölümdeki anket değerlendirme ve tartışma sonucunda ortaya çıkan veriler ışığında, Batı ülkelerindeki yaşlı bakım hizmetlerinden örnekler de alınarak, Türkiye'deki huzurevi işletmeciliği açısından genel bir değerlendirme yapılarak; çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.YAŞLILIKLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. TANIMI VE ÖNEMİ

Bu bölümde yaşlılık ile ilgili ve çoğu zaman birbirini yerine kullanılan gerontoloji, geriatri, sosyal geriatri, yaş, yaşlılık ve yaşlanma konuları açıklanmıştır.

1.1.1. Gerontoloji

Gerontoloji; yaşlanma sürecini sistematik olarak inceleyen bir bilim dalıdır. Disiplinler arası bir çalışma alanı olarak kurulmuştur. Sağlık, psikoloji, sosyoloji ve ekonomi, politika bilimlerinin kesiştiği noktada kendisini konumlandırır (Kart, 1990:5).

Oaler'e göre gerontoloji, fizyolojik olarak yaşlanma veya yaşlılığı farklı boyutlarıyla inceleyen bir disiplindir. Bu niteliğiyle biyoloji, psikoloji ve sosyolojinin konularını da kapsamaktadır. Sosyal gerontoloji denilen akademik alan, toplumsal gerçeklerle yaşlılık arasındaki karşılıklı etkileşim üzerinde durarak, yaşlıyı toplum içinde incelemektedir (Oaler, 2001:114).

Geriatrik tıp: Gerontolojinin bir dalı olarak, yaşlı kişilerin hastalık semptomları, tedaviler, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmetleriyle uğraşır (Skeet, 1983:35).

Gerontoloji ve geriatri bilimi akademik bir disiplin olarak, 1940'lı yıllarda ortaya çıkmış bilim dallarıdır. 19. yüzyıl yaşlılık ve yaşlanmayla ilgili yeni bir bilim dalının özellikle tıbbi alanda açılımına zemin hazırlar. Bu açılımda tıbbi alanda yapılan gelişmelerin özellikle yaşlıların tedavisinde ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Bilimsel alanda yaşlıların tedavisi ile ilgili tıbbi gelişmeler araştırmacıları yaşlılık konusunda yeni bir alana doğru yönlendirmektedir. Bu alan biyoloji, kimya, immünoloji (bağışıklık sistemi çalışmaları) ve diğer bilim dallarını ortaklaşa çalışmaya yönlendirir. Bu çalışmalar genelde yaşlılığın psikolojik, biyolojik, patolojik olarak incelenmesini sağlamaktadır. Yaşlanma süreci ve yaşlı vücudun daha önce fiziksel yaşlanma ile eşdeğer olduğu kabul edilip, ilaç tedavisi ile yaşlanmanın önüne geçileceğine inanılmaktadır. Yaşlılıktaki hastalıklar ve vücudun yaşlanması konusundaki çalışmalar daha çok bireysel bir sorun olarak görülür. Yaşlılığın yeniden yapılanmasında daha çok yaşlanmanın durdurulması ve yıpranmanın minimuma indirilmesi tıp, biyoloji, kimya, patolojinin ortak bir çalışması olup ortak dal gerontoloji olarak görülmeye başlanmıştır. Ancak yaşlı bireyin psikolojik değişimleri ve kültürün yaşlılığa attığı anlam bu dalda ihmal edilmektedir. Bu nedenle de bugün, gerontoloji daha çok sosyal bilimlerle tıbbın ortaklaşa çalışması gereken bir dal olarak kabul edilmektedir (Katz, 1998:18; Hazan, 1980-1986-1987).

Bugün Gerontoloji genel olarak "... zamanın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan ve erişkinlik sonrası yaş dönemlerine özgü koşulları ve değişimleri inceleyen" bir bilim dalı olarak tanımlanabilmektedir (Kontos, 1998: 167-185).

Özellikle Uluslararası Gerontoloji Örgütü (International Association of Gerontology) tarafından tüm dünyada düzenlenen toplantılar, yaşlanma ve yaşlılık sorunlarına son 30 yıldır büyük dikkat çekmiştir. 1980'lerde yaşlanmanın evrenselliği ve nüfus yaşlanmasının sanayileşmiş ülkeler arasında yaygın bir fenomen olması, sosyal bilimler alanındaki araştırmacıları yaşlı insanlar ve yaşlanan toplumlar konusunda politika ve programlar geliştirmeye yöneltmiştir (Streib ve Binstock, 1990:5). Gerontoloji ve geriatri de bu çerçevede Avrupa ülkeleri ve ABD'de bilinen ve ciddi anlamda çalışmaları sürdürülen bilimlerdir.

1.1.2. Geriatri

Geriatri; medikal olan yaşlanma sürecini inceleyen bilim dalıdır. Aynı zamanda yaşlılığa bağlı hastalıklara çözüm bulmaya çalışır (Kart, 1990:23).

Gerontoloji bilim dalı içinde yer alan geriatri bölümü, yaşlılığın tıbbi bakım ve tedavi yönünü inceler. Sözlük anlamında, geriatri, yaşlı bakım ve tedavisini ifade ederken, yaşlılığın fiziki, fizyolojik, psikolojik ve hormonal yönlerini incelemekten sorumlu, tıbbi ağırlıklı bir bölümdür (Sevil, 2005: 22-23).

Geriatri (Geriatrics) yeni yeni gelişmekte olan, özellikle yaşlı insanların sağlık problemleriyle, bakım ve tedavisiyle ilgilenen bir tıp alanıdır (Franks ve Graves, 1974:537). İhtiyarlık anlamına gelen "geras" ve fizikçi anlamına gelen "iatros" sözcüklerinden türemiştir.

1.1.3. Sosyal Geriatri

Sosyal geriatri; yaşlıyı sosyal çevre içinde inceler (Kayhan, 1980:206). Kişinin yaşlanırken çevresindeki toplum tarafından etkilenmesi, bulunduğu duruma ve çevreye adapte olması v.b. konularla ilgilenir (Skeet, 1983:35). Yaşlılar için bakımevleri sağlanması, devletçe yaşlılara mali yardım yapılması, yaşlılar için yaşam şartlarının düzeltilmesi, sağlıklarının düzeltilmesi v.b. gibi programlara, katkıda bulunur (Kayhan, 1980:206). Yaşlılar için yapılan bu tür harcamalar, günümüzün üretken nüfusuna, geleceğe yönelik sosyal güvence duygusu sağlar (Oğuz, 1982:2).

1.1.4. Yaş

Yaş; biyolojik ve kronolojik yaş olarak 2'ye ayrılır. Kronolojik yaş tüm insanlarda aynı olduğu halde biyolojik yaş bireylere göre değişir. Biyolojik yaş; içinde bulunan biyolojik basamağın zaman birimi olarak gösterilmesidir. Kronolojik yaş; doğumdan başlayarak içinde bulunan zaman kadar geçen yılların toplamıdır (www.shcek.gov.tr).

Yaş, bir canlının, bir olay ya da olgunun ortaya çıkışından itibaren geçen süreyi belirleyen bir zaman göstergesidir. Bu kavram canlı varlıklardan insan, hayvan, böcek, bitki, ağaç için kullanılabildiği gibi, bir kurum, kuruluş, bir sistem, bir düzen gibi olay ve olgular için de kullanılmaktadır (Sevil, 2005:7).

Uysal'a göre yaş ise farklı boyutlarda ele alınmaktadır. Tanımlanmış fizyolojik yaş; duruş (iskelet) özellikleri, deri (cilt yapısı), saçın rengi ve sıklık derecesi, dayanıklılık, hız ve duysal keskinliklerdir. Psikolojik yaş; bireyin duygularına, tutumlarına, olaylara bakış açısına göre tanımlanmaktadır. Sosyal yaş; tanımlamada ise; sosyal roller, aktiviteler ya da kişi için kabul edilmiş özel yaş veya olgunluk safhasına başvurulmaktadır (Uysal,1996:4).

1.1.5. Yaşlılık

Yaşlılık; zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Bir başka tanımla yaşlılık, nöral fizyolojik bir olgu olup, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme halidir ([www.shcek.gov.tr/ hizmetler](http://www.shcek.gov.tr/hizmetler)).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaşlılığa ilişkin görüşleri şu şekildedir: *"Yaşlılar kendi gereksinimlerini kendileri karşılayabildikleri sürece genç kalmaktadırlar. Yaşlıların sayısı giderek artmakta ve çocuklarından ayrı olarak bağımsız yaşayan yaşlılar çoğalmaktadır"* (www.who.int).

WHO'nun yaşla ilgili yaptığı sınıflandırma şu şekildedir (Adam, 1985:32):

45-59 : Orta Yaş

60-74 : Yaşlılık

75-89 : İhtiyarlık

90-... : İleri ihtiyarlık

Bu sınıflamada yaşlılık ve ihtiyarlık ayrımının temel olarak bireyin fiziksel ve biyolojik etkinliğinin düzeyiyle ilgili olarak yapıldığı anlaşılmaktadır. İhtiyarlık yaşlılığın bir ileri aşaması olarak belirmektedir.

Yaşlılık, genç nesille yapısal ve fonksiyonel anlamda farklılıklar oluşturan ve yaşam süreci içinde kaçınılmaz olarak gerçekleşen doğal bir olgudur. En genel anlamda fizyolojik bir olgu olup, bireylerin fiziksel ve ruhsal güçlerinin geri dönülmez bir biçimde yitimini ifade etmektedir (Köşkeröğlu, Aksoy ve Özkaya, 1992:338).

Goldman'a göre ise yaşıllık, fizyolojik ve psikolojik bir kayıp dönemi olarak, tanıdık çevrenin, sosyal ilişkilerin ve önem verilen insanların kaybedildiği bir ölüm beklenti zamanıdır (Goldman, 1984:80).

Pekçan'a göre yaşıllık yaşam süresinde gelişme ve olgunlaşmayı takip eden, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin en üst düzeyde görüldüğü fizyolojik ve ruhsal değişimlerin ortaya çıkmasıdır. Her canlı için geçerli olan hayatın son evresi yaşıllık kişisel tutum ve algılamalarla çaresiz bir yaşıllık veya olgun bir gençlik olarak yaşanabilir (Pekçan, 2000:51-54).

Güler'in sosyal yaşıllık tanımı ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişir. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır (Güler, 1998:105).

Yaşıllık, farklı sosyal bilim alanlarında farklı yaşlardan başlatılsa da, istatistik bilimi ve kamu yönetimi açısından 60-65 yaşlarından başlatılmaktadır. Kronolojik olarak 65 yaşın üzerinde olan kişiler yaşı kabul edilmektedir. Bu noktada farklı yaşlanma biçimlerinden bahsetmek yerinde olacaktır. Çünkü her ne kadar 65 yaş üzeri kronolojik anlamda yaşı kabul edilse de, bu tanımlamanın tamamıyla bu evredeki insanların sağlık durumlarını, fiziksel, ruhsal, mental kapasitelerini yansıtmadığı açıktır (Karslı, 1982:2).

İnsan bedeninin faaliyetleri göz önüne alındığında yaşıllık öncesi dönemde (65-75 yaş), fiziksel aktivitede belki düşük bir oranda artış olabilese de, bu artışın emeklilikten sonra boş zamanlarını doldurmak için bir çaba olduğu düşünülebilir. Yaşıllık ortası dönemde (75-85 yaş), bazı insanlarda fiziksel problemler olabilir ve son aşamada (çok yaşlı, 85 yaş üzeri) ise bireyler nerdeyse tamamen bir başkasının bakımına muhtaç hale gelebilirler (Shephard, 1998:31).

20. yüzyılın başlarına kadar yaşlılık, hastalık olarak görülmemekle birlikte, sakatlıkla aynı anlamda algılanmıştır. Daha sonraki dönemlerde yaşlılığın sosyal içerikli bir fenomen olduğu düşüncesi, toplumsal bilincin içine yerleşmeye ve kabul görmeye başlamıştır. Emeklilik sigortasının yürürlüğe girmesiyle birlikte yaşlılık, takvimsel olarak belirlenen, yaşa bağlı bir yaşam dönemi olarak görülmeye başlamıştır (Tufan, 2002: 19-20).

Günümüzde 65 yaş ve üzeri grup yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşlılık doğal bir süreç olmakla beraber farklı terimler vardır. Sosyal anlamda yaşlılık insanın bağımsız konumdan bağımlı konuma geçmesidir. Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından ise insanın çalışma hayatındaki verimliliğinin azalması ve emekli olduğu dönemdir (Bilir, 1995:16). 65 yaş üzerindeki kişiler iki grupta değerlendirilebilirler; kariyeri olan, üreten, sağlıklı ve aktif bir emeklilik yaşayan, bakıma veya desteğe ihtiyacı olan yakınlarıyla ilgilenen yaşlılar ve bizzat bakıma ve desteğe ihtiyacı olan yaşlılar. Bu nedenle yaşlıların gereksinimlerini ve yapılacak müdahalelere verecekleri yanıtların benzer olması beklenmemelidir (Ebrahim , 2002:45).

Yaşlı insanların dünya nüfusundaki artışı, gönüllülük, deneyim ve bilgilerin aktarılması, ailelerin sorumlulukları ile ilgilenmede aileye yardım, ücretli iş gücü katılımındaki artış ve ailelerin yaşlanmaya katkısı konusunda kritik bir rol oynar (www.who.int/features).

Sonuç olarak yaşlılık ya da yaşlanma süreci fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır.

1.1.5.1. Toplumsal ve Kültürel Açıdan Yaşlılığa Bakış

İnsan yaşamının tüm evrelerinin nasıl yaşanacağını bilmek birey için olduğu kadar toplumsal yaşam için de çok önemlidir. Bu anlamda yaşlılık döneminin anlaşılması ve yaşlı bireye öğretilmesinde birincil görev topluma düşmektedir. Toplum, bireylerine yaşlılık döneminde karşılaşıacağı fiziksel, toplumsal, ekonomik ve psikolojik sorunları yaşatmamak için bu konuda onların hazırlıklı olmasını sağlamak konumundadır (Erdoğan, 1993: 24).

Başlangıçtan günümüze kadar olan sürede, yaşlının aile ve toplum içindeki yerini belirleyen temel etmenleri, dört grupta toplayabiliriz (Akın, 2002: 75);

1.Yeryüzünde ilk insanın görülmesinden Neolitik Dönem başlangıcına kadar yaşlının toplumdaki statüsü, doğrudan ve sadece doğa koşulları tarafından belirlenmiştir.

2. Neolitikten itibaren yerleşik düzene geçilmesiyle birlikte yaşlının toplumdaki yeri, doğa koşulları ve sosyo-ekonomik düzeyin yanında, büyük oranda metafizik (büyü ve mitler) güçler ile din tarafından belirlenmiştir.

3. Dinin yaygın olarak benimsendiği dönemlerde, doğa koşulları ve sosyoekonomik düzey daha az olmak üzere, din daha etkin biçimde yaşlının toplumdaki yerini belirlemiştir.

4. Yakın zamanlarda, pozitif bilimler, teknoloji ve nihayet hukuk bilimi tarafından yaşlının toplumdaki yeri belirlenmiştir.

19. ve 20. yüzyıldan itibaren toplumsal ekonomik ve siyasal yapıda meydana gelen bir takım değişim ve dönüşümler aile kurumunu da değiştirmiştir. Toplumsal değişme, endüstrileşme ve kentleşme sürecine bağlı olarak geniş aile yapısının çekirdek aileye doğru dönüşümü, hem kent hem de kırsal bölgelerdeki aileleri büyük ölçüde etkilemiştir. Aileler küçülmüş, ekonomik özellikler değişmiştir. Ayrıca, akrabalık ilişkilerinin de zayıflaması yaşlıları önemli oranda etkilemiştir (Güven, 2000: 4-93).

Türkiye Cumhuriyetinin kurucusu Atatürk'ün yaşlılarla ilgili şu sözleri ne kadar anlamlıdır(Sevil, 2005:2):

"Bir milletin yaşlı vatandaşlarına ve emeklilerine karşı tutumu, o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır. Mazide muktedirken, bütün kuvvetiyle çalışmış olanlara karşı minnet hissi duymayan bir milletin istikbale güvenle bakmaya hakkı yoktur." Atatürk'ün sözlerinden yaşlılara karşı toplumun bakış açısının ne kadar önemli olduğunu anlıyoruz. Bu bakış açısı çağdaş bir görüşü simgeler. Bazı toplumlarda farklı bakış açısı olabilmektedir. Eğer bir toplum yaşlılarına karşı yardımsever, saygılı ve hoşgörülü olur ve olumlu tutum, davranış gösterirse çağdaş demektir. Aksi halde yaşlının ailelere ya da topluma bir yük olduğu görüşü hakim olursa, gelecek hakkında iyimser olmak güçleşir. Yarın kendisi de yaşlandığında acaba nasıl bir beklenti içinde olacaktır? Kendisine yapılmasını istediği tutum ve davranışı, şimdi onun göstermesi beklenir.

İlkçağ ve ortaçağlardan sanayileşme devrimine kadar, toplumlarda yaşlılar ailenin "akıl ve otorite" kaynağı kabul edilmiştir. Sanayileşme ile birlikte, ailedeki değişimler, toplumsal gelişmeler, yaşlıların gereksinimlerini karşılama olanağını azaltmıştır. Yaşlı artık çevresine yük olmaya başladığını düşünmüştür. Yaşlıların eski rol ve statüleri değişmiş, yaşlıya karşı saygı, sabır, merhamet ve tahammül gibi duygular duyulmaya başlanmıştır (Fink, 1963:13).

Türkiye'de ise durum kırsal ve kentsel mekânlarda farklılık arz etmektedir. Kentlerde yönelim yaşlıların huzurevlerine gönderilmesi doğrultusunda gelişirken, kırsal kesimde yaşlılar aile içinde bakılmakta, geleneksel gelin, kayınpeder, kayınvalide ilişkisi çerçevesinde yaşlıların aile içinde sözü geçmektedir. Yaşlıların sorunları genellikle yakınları tarafından paylaşılmakta, yaşlı birey aile içinde söz sahibi olduğu için kendini sorumluluk almış hissetmekte ve ölünceye kadar işe yaradığı duygusuyla mutlu olabilmektedir. Kırsal kesimde yaşlı erkek ailenin geçiminden, topraktan, hayvandan sorumlu kabul edilmektedir. Yaşlı kadın ise gelininin üzerinde çocukların bakımı, eğitimi ve evin düzeninden sorumludur. Bu sebeple toplum gözündeki itibarlı yerlerini koruyabilmektedirler (Tezcan, 1982:171).

Kırsal kesimde topraktan ya da hayvancılıktan geçimin sağlanması ve buna ilaveten tüketimin kent yaşamına nazaran çok daha az olması geniş aileler için bir avantaj olurken, şehirlerde durum tam tersine dönmüştür. Kalabalık aileler süratle parçalanırken, yerlerini çekirdek aileye bırakmışlar, bu durumdan en çok etkilenen yaş grubu ise yaşlılar olmuştur (Arıcak, 1997:30).

Yaşlıların toplum içindeki statüleri, toplumun uygarlık düzeyinden çok geleneklerine ve kültürüne göre değişmekte, yaşlılara ilişkin hizmetler de dinsel ve kültürel düşünce hareketleriyle toplumdaki refah düzeyine koşut gelişmektedir. Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde; geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma yaşamına katılması, gelenek, kültür ve değerlerin değişmesi, artık 'ata' ve 'otorite' olamayan yaşlının aile içerisinde yük, sorun olmaya başlaması, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, sosyal güvenliği olan ve yararlanan kişi sayısının artması ve ortalama insan ömrünün uzaması vb. nedenlerle yaşlı nüfusu arttığından yaşlılık çok yönlü bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Dönümcü, 2006: A42-A46).

1.1.5.1.1. Geleneksel Toplumlarda Yaşlılık

Gelenek, bir toplumda, geçmişten gelmiş olmaları nedeniyle değer verilen ve nesilden nesile aktarılan maddi olmayan kültür unsurlarından her birine denir (Kızılcıelik 1992:179).

Geleneksel toplumda statü, yaşa, cinsiyete ve soya göre belirlenir. Bu anlamıyla yaşlılık bizatihi bir statü belirleyicisidir. Bu, bazı ilkel kabilelerde yaşlıların statü düşüklüğüne uğramasına neden olurken, bazı toplumlarda ise üst bir statüde yer almasına neden olur. Özellikle toprağa bağlı üretim biçimlerinin egemen olduğu toplumlarda yaşlılık avantajlı bir sosyal statüyü temsil eder. Deneyimin merkezi bir öneme sahip olması nedeniyle geleneksel toplumlarda yaşlılar bazı sosyal problemlerde yargı, adalet mekanizmalarını oluşturan ve yürütenlerdir. Aynı zamanda yaşlılar sadece normların işletilmesi ile sorumlu kişiler değil, dinsel pratiklerde de danışmanlık ve liderlik rollerine sahiptirler. Hemen tüm geleneksel toplumlardaki dini liderlerin yaşlı olması tesadüfî değildir (Kıray, 1999:15).

Görüldüğü üzere modern öncesi dönemlerde göçebe ve yerleşik toplumlarda gerek sosyal organizasyonun farklılığı gerekse kültürel kavrayışların değişikliği sebebiyle yaşlılara karşı tutumlar farklı farklı olmaktadır (Işık, 2002:56).

İster gelişmiş ister azgelişmiş ülkelerde olsun, toplum içinde yaşlılara verilen değer kültüre göre değişiklik göstermektedir. Geleneksel Çin kültüründe yaşlılara çok değer verildiği ve bakımlarının bizzat aileleri tarafından üstlenildiği bilinmektedir. Eskimo kültüründe ise bu durumun tam tersi söz konusudur. Faydasız ve işlevsiz kabul edilen yaşlılar bir buz yığının üstüne bırakılarak ölüme terk edilirdi. Amerikan kültürü ise büyük ölçüde Eskimo kültürünü anımsatan özellikler taşımaktadır. Yaşlılar bir buz yığınının üzerine olmasa da "Altın Çağ Evleri" (Golden Age Home) denilen huzurevlerine terk edilmektedirler. Hâlbuki Kanada'da yaşlılar kreşlerde çocuk bakımı için istihdam edilmektedir. Nijerya'da Igbo kabilesinde yapılan bir araştırma ise kabilenin yaşlılara çok değer verdiğini ve onlara çocuk bakımında ve kabilenin yönetiminde söz hakkı verildiğini ortaya çıkarmıştır (Franks ve Graves, 1974:537).

Dünyanın çeşitli yerlerinde yaşamış topluluklar, kendi sosyal organizasyonlarının ihtiyaçlarına, kültürel kavrayışlarına göre yaşlılığı ve yaşlı rollerini farklı tanımladıklarından yaşlılarına davranışlarında ve verdikleri değerde çeşitliliklere sebep olmuşlardır.

1.1.5.1.2. Çağdaş Toplumlarda Yaşlılık

Çağdaş batı toplumlarında yaşlının statüsünün geleneksel toplumlara göre daha düşük olduğuna inanma yaygındır. Bazı yazarlar yaşlının statüsü ile modernleşme arasında ters yönde bir ilişkinin var olduğunu çalışmalarında göstermişlerdir. Bununla beraber ekonomik gelişmenin yaşlının statüsünü değiştirmesine aracılık eden diğer etmenlerle ilişkisi ve doğası hakkında yazarlar arasında farklı görüşler bulunmaktadır. Cowgill yaşlıdan statüsü ile toplumsal modernleşme arasında ters yönde doğrusal bir ilişkinin varlığından söz etmiştir (Cowgill.1972).

Modern toplumlarda sağlık teknolojilerinin gelişimi, ortalama ömrün uzamasına bağlı olarak oluşan nüfus artışı ile beraber toplumda yaşlı nüfus büyük oranda artmıştır. Bu durum ekonomik problemleri ortaya çıkarmıştır. Çünkü alışan kesimin vergileriyle oluşturulan sosyal güvenlik sistemlerinin hizmetlerinden çoğunlukla yaşlılar yararlanmaktadır. Bunu eleştiren kesimlerin talepleri doğrultusunda Batı toplumlarında yaşlıların sosyal güvenlik hakları kısıtlanmakta, hatta bazı hizmetlerden yararlanması engellenmektedir (zcan, 1998:22).

1.1.6. Yaşlanma

Yaşlanma; biyolojik olarak döllenme ile başlayan ve bütün bir ömür boyu süren bir sürecin büyüme gelişme ve olgunlaşma aşamalarından sonraki duraklama, gerileme ve son olarak biyolojik organizmanın ölmesi ile sonuçlanan bir gerileme olgusudur (Koşar 1996:4'ten naklen, Uysal,1996:11).

Yaşlanma, kişinin yalnız dış görünümünde değişiklik olarak düşünülmemelidir. Kişiyi i ve dış tüm varlığı ile bütün olarak düşünmek gerekmektedir. Yaşlanma sıklıkla ağrılar, zihni durgunluklar, şaşkınlıklar olarak hissedilen değişiklikler de meydana getirir. Topluma ait olamama ve izole edilme duyguları, ie dönme, vücut fonksiyonları ile bu ciddi devamlı uğraşları ortaya çıkarır, birçoklarını intihara götürebilen bu ciddi ve heyecansal karışımları ortadan kaldırmak için yaşlı kişiler bu duygularıyla gerekli şekilde uğraşılmaya muhtaçtır (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

Yaşlanma, bir bireyden diğerine görelilik olarak değişen ve bireyin genel olarak görünümünde ve bazı fonksiyonlarında meydana gelen değişmeyi kapsayan bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Grgn-Baran, 2000: 69).

26 Haziran 2000'de Genova'da yapılan yaşlanma panelinde aktif yaşlanmanın genel hareket noktaları için anahtar mesaj verilmiş olup bu mesaj şöyledir; "Yaşlanma, kalkınma ajandasının bir parçasıdır. Aktif yaşlı yaşamı için sağlıklı yaşam biçimlerine katkı sağlanmalıdır. Yaşlı insanların bağımsızlığını kaybetmesine yol açan risklerin önüne geçilmelidir. Yaşlı insanların yetersizlikleriyle beraber olan yaşam kalitesi en üst seviyeye ulaştırılmalıdır" (www.who.int/ageing).

Bazı kaynaklarda "yaşlanma" kavramı, özelliklerine göre belirli sınıflamaya uygun olarak incelenebilmektedir. Yaşlanma; moleküler, hücresel, doku ve organ, kişisel ve toplumsal yaşlanma olarak beş bölüme ayrılarak incelenmektedir (Hobson, 1970:34).

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar için de geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyonu açısından 4 gruba ayrılmışlardır (Güleç, 1997:369-378).

1. Genç toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4'den azdır,
2. Erişkin toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 4-7 arasındadır,
3. Yaşlı toplumlar: 65 yaş üzeri nüfus % 7-10 arasındadır,
4. Çok yaşlı toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfus % 10'un üzerindedir.

Toplumların yaşlanmasını etkileyen birçok faktörden söz edilebilir. Bunlar; ortalama ömrün uzaması, tıbbi ve teknolojik gelişmeler, çevre koşulları ve sağlıklı ortam, genetik çalışmalar, toplumun yaşlılara bakışı, yaşlılara götürülen hizmetlerdir.

1.2. YAŞLI SORUNLARI

Yaşlı nüfusun genel nüfusa oranının artmasıyla birlikte toplumlar yeni sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Ekonomik sorunlar (istihdam, gelir, işgücü, sosyal güvenlik, eğitim, dinlenme, ihtiyaçların karşılanması gibi), sağlık (bedensel ve ruhsal), barınma sorunları bu sorunların başlıcalarıdır. BM Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948'de kabul ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde her ne kadar "Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için besin, giyim, barınma, tıbbi bakım ve gerekli sosyal servisleri içeren uygun yaşama standardına ulaşma ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve bunun gibi verimini etkileyecek elde olmayan sebepler dolayısıyla sosyal güvenlikten yararlanma hakkı vardır." denilmişse de, bu hakların II. Dünya Savaşı sonrası sosyo politik ortamında refah devleti politikalarıyla gündeme geldiği, lakin günümüzde neo liberal ekonomi politikaları doğrultusunda bir geçerliliğinin kalmadığı bilinen bir gerçektir. Bu kapsamda yaşlılıkla ilgili sorunlar ancak yaşlıların kendilerinin veya ailelerinin maddi imkânları elverdiği ölçüde çözümlenebilmektedir (Tümerdem, 1992:15).

Demografik eğilimler yaşlılık sorunlarının gelişmiş ülkelerde ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Yaşlılık sorunlarının gelişmekte olan ülkelerde de ilerde büyük önem kazanacağı anlaşılmaktadır. Çünkü ortalama yaşam beklentisi uzamakta sağlık gittikçe iyileşmekte yaşlı sayısı giderek artmaktadır. Yaşlı sorunlarının geleneksel aile düzeni içinde çözmeye alışkın gelişmekte olan ülkeler gelişmiş ülkelerin bu alanda karşılaştıkları sıkıntılara düşmeden konu ile ilgili politikaları geliştirme olanağı bulabilirler. O nedenle yaşlı sorunlarını incelemek, çözüm yolları aramak, milletlerarası kamuoyunu bu konuda uyarmak ve böylece her ülkede milli düzeyde alınması gereken önlemlere yardımcı olmak amacıyla zaman zaman milletlerarası toplantılar yapılmaktadır. 1982 yılında Viyana'da toplanan BM Yaşlılar Asamble'si yaşlılar konusunda milletlerarası bölgesel ve milli düzeyde yapılması gereken işleri görüşmüştür (Koca, 1994:19).

Yaşlılık sorunlarının tam olarak çözümlenmesi bir ülkenin endüstrileşme, şehirleşme, genel kültür, sağlık kültürü düzeyi ve sosyal yapısı ile yakından ilgilidir (Batman, 2002:123).

1.2.1. Kalacak Yer İle İlgili Sorunlar

Hızlanan ve yaygınlaşan kentleşme ve yaşlılıkta gelir azalması yaşlı kişilerin konut sorununu da beraberinde getirmiştir. Yaşlı bakımında aile önemli bir toplumsal kurum olmakla beraber; çocukların bakımı konusunda olduğu gibi, yaşlılar için her zaman etkili olamamaktadır. Bu nedenle yaşlının bakılması ve barınacak yer sağlanması toplum için üzerinde düşünülmesi gereken bir sorun olmaktadır (Koca, 1994:20).

Yaşlı kişilerin konut sorunu kentleşmenin hızlanıp yaygınlaşması ve yaşlılıkta gelirden azalmanın ortaya çıkardığı ciddi bir sorundur. Yaşlılar açısından önemli konulardan birisi yaşlıların kendileri ve yaşadıkları yer hakkında karar vermede güçlük çekmeleridir. Çünkü yaşlılar fizyolojik, psikolojik, toplumsal yönden pek çok kayba uğrarlar. O nedenle bağımlı duruma gelirler. Yaşlı bakımında aile önemli bir toplumsal kurumdur. Ancak; aile çocukların bakımı için tam anlamı ile etkili toplumsal kurum olduğu halde bağımlı yaşlılar için her zaman, her yerde aynı olumlu durumu gösterememektedir. Bu nedenle yaşlının bakılması ve barınacak yer sağlanması için kurumsal bakıma ihtiyaç vardır (Koca, 1994:21).

İleri derecede sanayileşmiş dünyada yaşlının tercih ettiği yaşama düzeni çocuklarından ayrı bağımsız yaşamaktır. Ancak bu durum yaşlının çocukları tarafından tümüyle terk edildiği anlamına gelmektedir. Tersine görüşler ileri sürülmekle birlikte, özellikle yoksul kesimde yaşayan yaşlıların çocukları ile karşılıklı yardım ve sevgiye dayanan bir bağa sahip oldukları görülmektedir (www.un.org/documents/ga/res).

Devletin yaşlılara kurumlarıyla güvence sağlayamadığı Türkiye gibi gelişmekte olan ve azgelişmiş ülkelerde aile kurumu, yaşlı bakımında önemli bir rol oynamaktadır. Ekonomik gelir seviyesinin düşüklüğü, yaşlıların huzurevlerine kabul edilmesini zorlaştırmakla birlikte, aileler açısından yaşlı ebeveynlerine bakmak ve bunun karşılığında onların emekli maaşlarından yararlanmak Türkiye için yaygın bir durum olarak göze çarpmaktadır. Yine de kentlerde çekirdek aile yapısının yaygınlaşması pek çok yaşlıyı yalnızlığa itmekte, yoksul kesimlerde de çocukları tarafından terkedilmiş yaşlıların sayısı artmaktadır. Bu sebeple, yaşlıların barınma ve bakım sorunlarını çözecek kurumlara her zaman ihtiyaç duyulmaktadır (Kural, 2001:13).

Türkiye’de özellikle kırsal kesimde yaşayan yaşlıların konut sorunu kentsel kesime göre daha azdır. Gerçi kırsal kesimde yer alan konutların nitelik bakımından tam olarak yaşlılara uygunluğu söz konusu olmasa bile genelde çocuklarının yanında ikamet eden yaşlılar barınma sorunuyla çok yoğun bir şekilde karşılaşmazlar. Kentlerde ise gerek sağlıksız kentleşme gerekse çekirdek aile yapısının yaygınlaşması yaşlıların konut sorununu artırmaktadır. Diğer yandan genç çiftlerin ailelerinde mahremiyeti tercih etmeleri konut sorununu artıran bir başka husustur. Kentsel alanda yaşlılara yönelik barınma sorununu artıran diğer bir unsurda bu yerlerdeki yapılanmanın hızlı kent yaşamına uygun ve rant elde etmeye yönelik olmasıdır. Yüksek binalar ve yaşlıları dikkate almayan yapılanmalar sorunu daha vahim hale getirmektedir (Biçer, 2002:54).

1.2.2. Psikolojik Sorunlar

Yaşlının sağlığının bozulması beklenen bir özelliktir. Yaşlı fiziksel gücünün azalmasının yanında yaşamının bu döneminde yaşamının ilk zamanlarında karşılaşmadığı sorunlarla yüz yüze gelmektedir. Sorunlardan bazıları, örneğin yakınlarının kaybı, ölüm beklentisi, sakat kalma, uzun süre yataklı bakımda kalma v.b. gibi yaşlıların ruh sağlıklarını bozan sorunlardır.

Yaşlılıkla birlikte sinir sisteminin fonksiyonları yavaşladığından dikkat, algı, hafıza ve öğrenme gibi bilişsel fonksiyonlarda da yavaşlama ve bozulma; bunun sonucu olarak günlük aktivitelere katılmada zorlanma veya yaşam kalitesinde düşme görülebilmektedir (Arıcak, 1997:12). İş yaşamından uzaklaşma, eş, akraba ve arkadaşların ölümü ve bunun gibi fiziksel olumsuzluklarla birleştiğinde de yaşlı kişinin yoğun biçimde yalnızlık duygusu yaşamasına ve bunun sonucunda depresyona girmesine neden olmaktadır.

Yaşlılıkla birlikte sadece bedenen değil, ruhen ve psikolojik olarak da değişiklikler görülmektedir. Gençliğe, güzelliğe, yüksek mevki işlere, toplumsal sınıf ve statüye büyük önem veren, kendini geleceğe endeksleyen günümüz dünyasında, yaşlanma ve ölüm yok sayılmakta, mevcut değer sistemi içinde bu kavramlara yer verilmemektedir. Bu süreç de yaşlıları kendi kendileriyle baş başa bırakmaktadır. Yapılan bir araştırma Amerika'da hemşirelerin genç insanların hayatlarını kurtarmanın yaşlı insanların hayatlarını kurtarmaktan daha önemli olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur (Franks ve Graves, 1974:546).

1.2.3. Ekonomik Sorunlar

Emekli olma ya da çalışamaz duruma gelme sonucunda gelirin azalması, buna karşın yaşam pahalılığının ve de enflasyonun gün gün artması, yaşlı bireyi sağlık sorunları yoksa; ek gelir sağlamadaki geçici ya da sürekli yeni iş olanakları aramaya yöneltmektedir. Ancak işsizliğin sorun olduğu, genç nüfusun bile bu sorunla karşı karşıya kaldığı Türkiye'de yaşlıların istihdamı kolay olmayacaktır. Hatta olanaksızdır da. Sosyal güvencesi olmayan yaşlı bireyin çalışma gücünü kaybetmesi halinde yaşlılıkla ilgili sorun daha da boyutlanacaktır (Sosyal Hizmetler, 1990).

Ekonomik sorun, sağlık, beslenme v.b. sorunları da etkileyerek daha büyük sıkıntılara neden olmaktadır. Ekonomik yeterlilik toplum için bir saygınlık, bir prestij nedeni olmakta, varlıklı yaşlılar daha çok ilgi görmektedir. Gençliğinde çalışıp çabalamış ve geleceğini düşünerek tasarruflarını değerlendirebilmiş yaşlıların oranı, toplam yaşlılara göre oldukça düşüktür (Sevil, 2005:111).

Yaşlıların değişen rol ve statülerini belirleyen bir gösterge de ekonomik bağımlılıktır. Sosyal güvencesi veya başka geliri olmayan yaşlı, başkalarının yardımına muhtaç duruma gelmektedir. Böyle durumlarda çoğu kez yaşlı devlete bağlı huzurevlerinden birine gitmek zorunda kalmaktadır. Huzurevinde yaşlının rolü ve statüsü, geçmiş yaşamıyla karşılaştırılamayacak derecede değişmiştir. Huzurevinin kurallarına, koşullarına uymak durumunda bir yaşlı haline gelmiştir (Sevil, 2005:119).

Emeği ile geçinen ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan yararlanamayan yaşlıların çalışma gücünü kaybettikten sonra yaşlılık sorununu daha çok hissettikleri görölmektedir. Yaşlılıkta fizyolojik ve sosyal kayıplara uğrayan birey ekonomik yönden de başkalarına bağımlı hale gelmektedir. Çalıştığı dönemlerde ücret azlığı nedeni ile ileriye yönelik yatırım yapamayan kişiler, yaşlanınca beslenme, sağlık, konut ve tedavi gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamaz olmuşlardır.

Yaşlı nüfus da belli bir yaşa ulaşması nedeni ile ekonomik faaliyetlerin dışında kalan veya işgücüne katılımları sınırlı olan gruplardan birisidir. Bu nedenle toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun payı toplam nüfusun gerçekte ne kadarının mal ve hizmet üretimine katıldığını belirleyen değişkenlerden birisidir. Nüfusun yaşlanması bir ekonomide işgücü arzını azaltması yanında, beslenmesi ve bakılması gereken nüfus miktarını arttırması nedeni ile de ekonominin makro ekonomik performansını olumsuz yönde etkilemektedir (Kuzgun, 2002: 38).

1.2.4. Aile ve Arkadaş İlişkilerinden Kaynaklanan Sorunlar

İleri yaştaki ana babalar birçok kayıplar karşısında (eş, akran, arkadaş) yaşlılığa uyum sağlamada güçlük çekmekle toplumsal beklentilerindeki değişimler artmaktadır. Bu dönemde kuşaklar arası çatışmada gerginlik yaratıcı başlıca dört durum görülmektedir. Bunlar yakınlık-uzaklık, bağımlılık, bağımsızlık, birliktelik-ayrılık, açıklık-gizlilik durumlarıdır (Lowy,1983:42).

1-Yakınlık-Uzaklık Gerilimi: Kişiler yakınlarına bazen mesafeli durmakta bazen de yakınlık duymaktadırlar. Mesafeli davranış kişileri birbirinden koparır yakınlık arttıkça kişiler birbirine bağlanırlar. Aile içinde yaşlı kişiler sadece alıcı değil; aynı zamanda ailenin genç üyelerine mali ve diğer yardımları sağlarlar. Aile desteği iki yönlüdür. Birçok ailede karşılıklı yardımlaşma ve ekonomik gereklilik olduğunda yaşlı ile genç kuşak arasında karşılıklı bağımlılık vardır.

2-Bağımlılık-Bağımsızlık Gerilimi: İnsanlar zaman içinde konumlarını ve statülerini kaybederler; eski konumlarının verdiği ancak kaybolmakta olan etki ve gücü yeniden kazanmak eğilimindedirler. Bu gerilim özellikle bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş mücadelesinde açığa çıkar. Bağımsız olgun yetişkinin yaşlılığa dönüşümünde hastalık dulluk ve emekliliğin yarattığı bağımlılıkla yüz yüze geldiği zaman kuşaklar arası bağımsızlık çatışmasının gerilimi yaşanmaktadır.

3-Birliktelik-Ayrılık Gerilimi: Bireyin yaşamın geç döneminde diğer aile üyeleri ile birlikte olmak ya da ayrı yaşama isteği gence göre farklılık gösterir, insanlar yaşamın geç dönemine girdiklerinde aile üyeleri ve akranları ile birlikte olmak isterler, öte yandan bu dönemde yalnızlığın artacağını ve yakınları ile olan bağlarının zayıflayacağını kabullenme eğilimindedirler. Bununla beraber yaşlılar yetişkin çocukları ile bağlarının kopmayacağını ümit etmektedirler.

4-Açıklık-Gizlilik Gerilimi: İnsanların yaşlandıkça kendine dönmesi giderek artar ve mahremiyet kıymetlenir. Emeklilik ve dulluk sadece ayrılığı değil, kişinin aynı zamanda kendi dünyasına girişini sağlar. Mahremiyet ihtiyacı psikolojik korunmayı gösterir ve kişinin bağımsızlığının parçasıdır.

1.2.5. Sağlık Sorunları ve Yaşlılıkta Yalnızlık Hissi Sorunları

Yaşlanmanın en büyük belirtisi fiziksel olarak yaşanan değişimlerde görülmektedir. Hücrelerin kendini yenileyememeye başlaması, vücudun kendini onarmasında yavaşlama bu fiziksel değişimlerin kaynağıdır (Butler ve Lewis, 1977:20).

Aile ve toplumsal çevrenin ilgisizliğinin yanı sıra bedensel yıpranma, yaşlının yaşama gücünü, sevincini ve de arzusunu azaltacaktır. Bu etki ile direnci yiten yaşlı kısa bir süre sonra oldukça ciddi sağlık sorunu ile karşı karşıya kalacaktır. Kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabet, romatizma vb. hastalıkların yanı sıra görme, işitme gibi duyuları da yitecektir. Sürekli ağrı ile birlikte bedensel yakınmalar yaşlıda ölüm kaygısını yaratan ve de sağlık sorunlarını yoğunlaştıran etkenler olarak bilinmektedir (Erdal, 1989:33).

Yaşlıların sağlık sorunları konusunda önemli bir eksiklik, Türkiye’de kişilerin periyodik sağlık kontrollerinin (check-up) yaptırılmamasıdır. Bu ihmalde iki neden söz konusu olabilir. Birincisi, hastalıkla ilgili kötü bir durumun ortaya çıkabileceği kuşkusudur. İkincisi de, çeşitli testlerin, tahlillerin yapılacağı ve bunun sonucunda da diyet, perhiz gibi bazı kısıtlamaların önerileceği korkusudur. Ancak, bu kontroller ve testler sonucu hiçbir şey çıkmayabilir de. Daha da önemlisi, ilerde ortaya çıkabilecek daha kötü ve riskli tablolar şimdiden önlenabilir. Yağmurdan kaçarken doluya tutulmamak için gerekenler yapılmalıdır (Sevil, 2005: 22).

Türkiye’de yaşlı sağlığı ile ilgili sorunların başında bugüne kadar, bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Yaşlıya yönelik birinci basamakta bakım verebilecek personel ve hizmet bulunmamaktadır. Primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemler ve geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir. Sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanamamaktadır. Toplumun konuyla ilgili bilgi düzeyi eksiktir ve yaşlılara uygun çevre düzenlemesi yoktur (Akgün, 2004: 105).

1.2.6. Yaşlılığa Uyum Sorunu

Psikolojik ve sosyal problemler yaşlılığa uyumu güçleştirmektedir. Yaşlı insanların bazılarında, yaşlılık üretkenlikten tüketime geçildiği için başkalarına bağımlı bir yaşam süreci olurken, bazıları için de yaşam deneyimlerinden faydalanılan, aile ve toplumda benlik saygısını kaybetmeyerek saygı ve sevginin yaşandığı aktif bir süreç olabilmektedir (WHO, 1989:24).

Sanayi Devrimi'ne neden olan teknolojik değişimler sadece üretim araçlarının değişmesi ile sonuçlanmamış, beraberinde köklü sosyal değişimleri de getirmiştir. Aynı zamanda geleneksel ailede toprak mülkiyeti ve üretimin kolektif olmasından kaynaklanan yaşlıların otoriter ve güçlü yapısı, kentleşme ve ücretli işle birlikte yaşlıları, büyük bir statü kaybıyla yüz yüze bırakmıştır (Küçükkaraca, 2000:107) Sanayileşme süreci ile birlikte bir statü kaynağı olan toprağın önemindeki azalma, geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması, coğrafi hareketliliğin artması, yaşlı nüfus oranındaki artış, kentleşme, modern eğitim hareketleri ve kültürel değerlerdeki hızlı değişimler sonucunda yaşlıların günümüz toplumlarında bir takım olumsuzluklarla karşı karşıya geldikleri söylenebilmektedir (Kalıncara, 2000: 77).

Özellikle emeklilikte aile ve toplum içinde saygınlığını yitirdiği ve işe yaramadığı düşüncesine kapılan yaşlı bireyde yeni konumuna uyum sağlamaktan kaynaklanan davranış değişimi ve ruhsal sorunlar ortaya çıkacaktır. Bunun yanı sıra emekli olmuş yaşlı bireyin ailesi ve yakınlarının da onu dışlaması, tüketici gözü ile bakması bir anlamda kaçınılmaz olacaktır.

1.3. YAŞLI BEKLENTİLERİ

Yaşlıların sorunları üzerinde değerlendirme yapıldıktan sonra 4-5 Mayıs 1994 tarihinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından Ankara'da düzenlenen II. Yaşlı Kurultayında 33 ilden gelen yaşlı temsilcilerin sorunları hakkında görüşlerini ve çeşitli kesimlerden beklentilerini içeren bildirilerine değinmekte yarar vardır. Söz konusu bildiriden ortaya çıkan sonuçları üç başlık altında toplayabiliriz (Biçer, 2002: 44-46).

1.3.1. Yaşlıların Toplumdan Beklentileri

- Bilgi birikimlerinden ve tecrübelerinden danışman olarak yararlanılması,
- Sıra beklenilmesi gereken yerlerde öncelik tanınması,
- Her şeyin Devlet olanakları ile olamayacağı, bu nedenle bağış kampanyaları düzenlenmesi,
- Huzurevlerinin düşkünler yurdu olmadığına basın yoluyla duyurulması,
- Huzurevlerinin her zaman ziyaretçilere ve basına açık olduğunun duyurulması,
- Huzurevlerinde çok kişilik odalar yerine tek ve iki kişilik odalar olması,
- Üçüncü yaş turizmin yurt içi ve yurt dışında yaygınlaştırılması,
- Yatalak yaşlılar için rehabilitasyon merkezlerinin açılması,

- 2022 sayılı kanuna istinaden tüm yaşlılara maaş bağlanması,
- Yaşlının bulunduğu ilden ayrılmaması için her ile küçük huzurevi yapılması,
- Huzurevlerinin şehir merkezlerine yakın yapılması,
- Yaşlılar için küçük konutların ve yaşlı apartmanların yapılması,
- Huzurevlerinde kalan yaşlıların huzurevi yönetimine katılması.

1.3.2. Yaşlıları Yerel Yönetimlerden Beklentileri

- Kendi yaşlılarıyla gündüzleri birlikte olmak için yaşlı lokalleri, kültür ve danışma merkezlerinin kurulması.

1.3.3. Yaşlıların Devletten Beklentileri

- Evinde yaşayan kişilere evde bakım hizmeti sağlanması,
- Büyük şehirlerde geriatri merkezlerinin açılması,
- Emekli dul ve yetimlerin yaşam standardını yükseltici önlemler alınması, gelir dağılımının iyileştirilmesi,
- Yaşlı ve emekli kesimin pasif durumdan aktif duruma geçirilmesi.

1.4. YAŞLILAR VE BİRLEŞMİŞ MİLLETLER KARARLARI

Yaşlılarla ilgili uluslararası çalışmalar daha çok 20. yüzyılda başlamıştır. Bundan önceki yıllarda sistemli, organize bir uluslar arası işbirliği gerçekleştirilememiştir.

BM Yardım ve Rehabilitasyon Örgütü (UNARRA) 1943 yılında Washington'da kurulmuştur. Daha sonra bu kuruluşun görevleri diğer örgütlere dağıtılmış ve varlığına son verilmiştir. BM, WHO, Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Uluslararası Çalışma örgütü (ILO) yaşlılara yönelik birçok program uygulamıştır. Yine BM'nin 1963 yılında düzenlediği "Yaşlıların Sağlık Sorunları" semineri, 1965 yılında toplanan "Yaşlı İstatistikleri" çalışmaları, yaşlılarla ilgili çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar, diğer çalışmalar arasında yer almaktadır. Tüm dünyada yaşlı nüfusunun hızla artışı dikkate alınarak 1982 yılında Viyana'da "Dünya Yaşlılar Asamblesi", BM Organizasyonu ile toplanmıştır. Bu toplantıda daha önceki çalışmalar da göz önüne alınarak "Yaşlılık Eylem Planı" hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. "Uluslararası Yaşlılık Enstitüsü" 1988 yılında Malta'da kurulmuştur. Enstitünün amacı, nüfus ve yaşlılık araştırmaları, gelişmeleri ile ilişki kurma, eğitim materyali hazırlama, yayın yapma, seminerler ve personel eğitimi için programlar organize etmedir. 1989 yılında "Afrika Gerontoloji Topluluğu" kurulmuş ve Paris'te "Dünya Yaşlılık Forumu" organize edilmiştir. "Banyon Dernek Fonu" oluşturularak, yaşlılıkla ilgili araştırma ve çalışmalara destek olma amaçlanmıştır (Sevil, 2005:50).

14 Aralık 1990 yılında toplanan BM Genel Asamblesi'nde, "1 Ekim" tarihinin "Uluslararası Yaşlılar Günü" olarak kutlanması kabul edilmiş, 16 Aralık 1991 tarihli BM toplantısında yaşlılar için temel ilkeler saptanmış, BM ve WHO tarafından 1971, 1982 ve 1999 yıllarında "Yaşlılık Sorunları" tüm ülkelerde ele alınarak çeşitli platformlarda tartışılmıştır.

BM ve bağlı kuruluşlar yanında, uluslararası gönüllü kuruluşların da zaman zaman "yaşlılık" konularını ele alarak incelediklerini, araştırmalar yaptıklarını ve bilimsel toplantılar düzenlediklerini belirtmeliyiz. Özellikle uluslararası Kızılaylar, Kızılhaçlar Birliğinin yaşlılarla ilgili pek çok etkinliği olmuştur (Sevil, 2005:50).

Dünyada gün geçtikçe, yaşlılara yönelik politikalar genel ve yerel yönetimlerin gündeminde daha çok yer tuttuğu gibi, uluslararası kuruluşlar da bu konuya daha çok önem vermektedirler, örneğin, 1999 yılı BM tarafından "International Year of Older People" (uluslararası yaşlılar yılı) olarak belirlenmiştir. BM'nin böyle bir karar almasında başlıca etkenlerden bir tanesi, yaşlı insanların sayısının dünya nüfusuna oranla gün geçtikçe artması, 80 ve üzerindeki yaşlıların ise dünyada sayısı en hızlı artan yaş grubunu temsil etmeleriydi. Buna ilaveten, nüfus yaşlanmasının en çok gelişmekte olan ülkelerde görülmesi ve bu ülkelerin söz konusu olgunun yaratacağı sorunlara yanıt üretecek donanımına sahip olmamaları; bu yaşlı nüfusun çoğunluğunu kronik hastalıklardan ve yoksulluktan dolayı zor durumda olan kadınların oluşturması; yaşlanan nüfusun toplumsal açıdan bir takım olanaklar yaratmasının yanında, aynı zamanda pek çok sorunu da beraberinde getirmesi ve politika üreten kişilerin bu yaş grubundaki insanların sorunlarına yönelik herhangi bir politika belirlememiş olmaları, bu konuda ciddi adımların atılmasını zorunlu kılan olgular olarak gündeme gelmiştir (www.ifa-fiv.org).

BM'nin yaşlanma ile ilgili 2. Dünya kongresi 2002 yılında Madrid'de yapılmıştır. WHO'nun bu toplantıya katkıları kongreye politik çatıyı sunmuştur. Bölgesel aktivite planları uluslararası plan olarak uygulanması için formül önerilmiştir. Özellikle bu raporda WHO'nun katkıları ve 2002'nin aktivite planı anlatılmaktadır. Bu rapordan anlaşıldığı üzere WHO aktif yaşlanmayı, yaşlı insan yaşamının kalitesini arttırabilmek için yaşlı insanların güvenlik, katılım, sağlık fırsatlarının optimize edilme süreci olarak tanımlanmaktadır (www.who.int/gb).

BM yaşlılar hakkında bazı prensipler tespit etmiştir. Bu prensiplerle yaşlı insanların durumlarına dikkat çekmek istemektedir. BM'nin deklare ettiği bu prensipler yaşlı insanların bağımsızlıklarına, katılımlarına, bakımlarına, kişisel doyumlarının sağlanmasına ve saygınlıklarına değinmektedir (Biçer, 2002:96).

Yaşlanma üzerine uluslararası plan içinde ILO, WHO ve diğer örgüt ve kuruluşların görüşlerinde, tavsiye kararlarında, çözüm önerilerinde yer alan yaşlılarla ilgili standartlar bulunmaktadır. Bu standartlar; bağımsızlık, katılım, bakım, yaşam doyumu ve saygınlıktır (Biçer, 2002:98).

1.5.YAŞLILIKLA İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Türkiye'de yaşlılıkla ilgili en eski kanun; 1926 yılında çıkarılmış olan 743 sayılı Medeni Kanun'dur. Bu kanunun 315. 316. 317. 356. 358. ve 359. maddelerinde ailede yaşlı, çocuk ve sakatların korunması için gereken güvenlik konu edilmiştir. Yaşlılarla ilgili olan ve 1930 yılında çıkarılan ikinci kanun 1580 sayılı Belediyeler Kanunu'dur. Bu kanunun 15. 16. ve 34. maddeleri muhtaç yaşlıların korunması ile ilgilidir. 1949 yılındaki 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu, sosyal haklarla ilgili bir sosyal güvenlik kanun olup; yaşlıların sosyal güvenceleri ile ilgili hükümleri içermektedir.

Yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devletin üstlenmesi 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı 225 sayılı kanunla Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün kurulması ile gerçekleşmiştir. 1982 Anayasasının 61.maddesinde yaşlılara yönelik olarak "Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir" hükmü yer almaktadır

(www.shcek.gov.tr/hizmetler).

1968 yılında yürürlüğe giren 1005 sayılı kanun ile istiklâl madalyalı yaşlılara, 2022 sayılı kanunla 65 yaşını doldurmuş, sosyal güvencesi olmayan, emekli aylığı almaya hak kazanmamış muhtaç, güçsüz ve kimsesiz yaşlılara aylık bağlanmasına karar verilmiştir (www.shcek.gov.tr).

Sosyal Hizmetlerin çeşitli gönüllü kuruluşlarla ve kamu kuruluşları tarafından dağınık ve programsız yürütülmesi karşısında verilen hizmetlerin bir şemsiye altına alınması amacıyla 2828 sayılı SHÇEK Kanunu 27/05/1983 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla korunmaya, bakıma ya da yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetler ve bu faaliyetlerin düzenlenmesi amaçlanmıştır.

Kanunun 3.maddesi (e) bendinde "muhtaç yaşlı"; sosyal veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç yaşlı statüsündeki kişi olarak tanımlanmakta, aynı maddenin (f) bendi 4. fıkrasında huzurevleri "muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşları" olarak tanımlanmaktadır. Bakım ve rehabilitasyon merkezleri de "bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanmayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşları" olarak tanımlanmaktadır.

Kanunun 4.maddesinde sosyal hizmet programlarının uygulanmasında öncelik verilenler arasında yaşlılar da yer almaktadır. Kanununun 4.maddesinin (b) fıkrasında "Sosyal Hizmetler Alanında Faaliyet Gösteren Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Gönüllü Kurulular arasında koordinasyon ve iş birliği tesis edilerek güç birliği sağlanır ve mevcut kaynakları en verimli şekilde işlerlik kazandırılır." (f) fıkrasında "Bu kanunla kurulan kuruma bağlı kuruluşların dışındaki Sosyal Hizmet Kuruluşlarının kurulması izne tabi olup, alınacak tertip ve tedbirlerle bunların hizmet, işleyiş ve personele ilişkin hususlarında tespit edilen standart ve esaslarına uygun olarak faaliyette bulunmaları sağlanır" hükmü yer almaktadır.

Kanunun 9.maddesi (b) bendi ile "öncelikle çocuğun aile içinde yetiştirilmesi ve desteklenmesi için aileyi eğitim, danışmanlık ve sosyal yardımlarla güçlendirmek, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç çocuk, özürlü ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek, bu hizmetler için 3 üncü maddede sayılan sosyal hizmet kuruluşlarını 4 üncü maddede belirtilen esaslar çerçevesinde kurmak ve işletmek" görevi SHÇEK'e verilmiştir.

Kanunun 9.maddesinin (f) fıkrasında "dernek ve vakıflardan sosyal hizmetler alanındaki faaliyetlerini yönlendirmek, bunların bütçelerinde sosyal hizmetlere ayırdıkları payların yerinde ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla görüş ve tavsiyelerde bulunmak" (g) fıkrasında "Kuruma bağlı olanlar dışında kurulacak sosyal hizmet kuruluşlarının, özel eğitim ve rehabilitasyon hizmeti verenler hariç olmak üzere açılış iznine, her türlü standartlarına ve işleyişlerine ilişkin esasları, varsa ücret tarifelerini tespit etmek, onaylamak, denetimini yapmak ve bu esaslara uymayanların faaliyetlerini durdurmak" hükümlerine de yer verilmiştir.

Kanunun 10.maddesinin (f) fıkrası ile kurulan SHÇEK Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı;

- Sosyal ve ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, takip etmek, koordinasyon sağlamak, denetlemek,
- Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etmek,
- Yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek ve yürütülmesini sağlamak,

– Kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerince açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasları belirlemek, rehberlik etmek, uygulamayı takip, koordine etmek ve denetlemekle görevlendirilmiştir.

İlgili yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik var olan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları;

- SHÇEK Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği,

- Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği,

- Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik olmak üzere 3 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir.

Ayrıca Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) yaşlılıkla ilgili aşağıdaki maddelere değinilmiştir (www.dpt.gov.tr):

– Madde 220: Nüfus artış hızı 2000 yılında yüzde 1,41 iken, 2005 yılında yüzde 1,26'ya düşmüştür. Aynı dönemde, çalışma çağı nüfusu olan 15–64 yaş grubu ile 65 yaş üzeri yaşlı nüfus artmış ve toplam nüfus içindeki payları sırasıyla yüzde 64,7 'den yüzde 65,7'ye ve yüzde 5,4'ten yüzde 5,9'a yükselmiştir.

– Madde 255: Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, özürölüler ve kente göç edenler başta olmak üzere, yoksulluk riskiyle karşı karşıya olanlara yönelik eğitim, Kültür ve sağlık gibi hizmetlerin artırılması ihtiyacı devam etmektedir.

– Madde 257: Türkiye'de yaşlı nüfusta gözlenen artış ve aile yapısının değişime uğraması gibi nedenler, yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin önemini arttırmaktadır.

– Madde 265: Türkiye’de sosyal hizmet ve yardımlara olan ihtiyaç; göç, kentleşme, aile yapısında meydana gelen değişim, nüfus artışı ve işsizlik gibi nedenlerle artarak devam etmektedir. 2000 yılında toplam sosyal yardım harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)’ya oranı yüzde 0,48 iken, bu oran 2005 yılında yüzde 0,86’ya yükselmiştir. Bu kapsamda özürllülere ve yaşlılara verilen aylıklar, çocuklara eğitim ve sağlık yardımları ile muhtaç ailelere yakacak ve gelir getirici proje desteği gibi yardımlar yapılmaktadır. Yoksul kesimlerin eğitim ve sağlık gibi hizmetlere erişimini kolaylaştıran söz konusu yardımlar, bu kesimlerin yaşam kalitesini yükseltmektedir.

– Madde 625: Yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmeti desteklenecek, kurumsal bakım konusunda ise huzurevlerinin sayısı ve kalitesi arttırılacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YAŞLILARA YÖNELİK HİZMETLER VE ÇALIŞMALAR

2.1.YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Geçmişte yaşlılara götürülen hizmetlere bakıldığında toplumların dinsel ve kültürel yapılarına göre, hizmetin şekillendiğini görüyoruz.

Eski devirlerde halktan gelen yardımlar ve dayanışma ile inançlara dayalı olarak yaşlılara bakım ve koruma söz konusuydu. Organize hizmetin başlangıcı, Hristiyanlıkta kiliseler kanalıyla olmuştur. Kiliseye devam eden halkın ve din görevlilerinin işbirliği ile yaşlı ve muhtaçlara ev ziyareti, gıda, giysi yardımı şeklinde çalışmalar yapılmıştır (Sevil, 2005: 43).

1520 yılında Martin Luter'in çıkardığı bir beyanname ile yaşlı hizmetlerinin tekrar ele alındığını, önem verildiğini görüyoruz, İngiltere'de çıkarılan "1601 Elizabeth Fakirler Kanunu" ile bakım ve korunmaya muhtaç kişilere yeni haklar getirilmiştir. Fakirler Kanunu, yaşlıların ve muhtaç kişilerin hangi şartlarda nasıl ve kimler tarafından bakılacağını belirlemiştir. İngiltere'den sonra Fransa, Avusturya, İskandinav ülkelerinde, yaşlı bakımevleri ve güçsüzler yurdu gibi kurumlar devlet yönetimi ve desteğinde hizmete girmiştir. 19. Yüzyıl'da Avrupa'da yaşlı hizmetleriyle ilgili vakıf girişimleri gelişmiştir. 1920'li yıllarda özel bakım gerektiren malul yaşlılar için bakımevleri açılmıştır (Sevil, 2005: 44).

Kurumsal bakım, yaşlılıkta belirgin bir çevre değişimini ifade etmektedir. Yaşlı birey belki de son durağı olacak, uzun süreli bir bakım faaliyetinin yapılacağı yerde, kurumsal bir mekân olan huzurevinde yaşamaya başlar. Yaşlı popülasyonunun sadece çok az bir bölümü uzun süreli bakım merkezlerinde yaşadıkları halde, bu oranın gittikçe artacağı tahmin edilmektedir.

Avrupa'da Kuzey devletleri özellikle de İsveç en cömert ve kapsamlı refah devleti olarak bilinmektedir. Bu kuzey devletleri sıradan bir refah devletinden farklı olarak kurumsal bir model teşkil etmekte, serbest piyasa ekonomisinin mümkün olduğunca dışında kalarak vatandaşlarının çıkarı ve refahı için çalışmaktadırlar. Devlet hizmetlerin ana tedarikçisi konumundadır ve hizmet politikası herkese eşit şartlar altında hizmet sunmaktır. Bu sistemde kar amacı güden özel kuruluşlar ve gönüllü kuruluşlar pek azdır. Bu sistem, ev hizmetlerinden ulaşım hizmetlerine ve teknik yardıma, günlük bakım merkezlerinden tamamen kurumsal bakıma kadar geniş bir alanda ihtiyaçları karşılamaktadır. Bu ülkelerde kurumsallaşma 65 yaş ve üzeri yaşlılar için %5 ile %6 civarındadır. Yaşlıların %15-20'sine ev yardımı hizmeti ve diğer %5-10'luk kısmına ise evde bakım hizmeti verilmektedir (Daatland, 1992'den naklen Gierveld ve Solinge, 1995:39).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde yaşlılara verilen hizmetlere bakıldığında iki ana gruba ayrılmış olduğu görülmektedir:

1. Koruyucu Hizmetler Ve Rehabilitasyon: Okul çağından başlayarak halkın yaşlanma ve yaşlı bakım hizmetleri konusunda eğitilmesi bu hizmet kapsamına girmektedir.

Ayrıca; evde bakım, evlere yemek servisi, uğraşı tedavisi ve beslenme uzmanlarının yaşlıyı evinde ziyaret ederek verdikleri destek hizmetler (in-home health and supportive services) bu gruba girmektedir. Bu hizmetler sağlık merkezlerine bağlı ekipler ve gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülmektedir (Ory ve Duhcker, 1992:58).

2. Tanı Ve Tedavi Hizmetleri: Yaşlıya; hastane poliklinikleri, yoğun bakım üniteleri ve geriatri hastaneleri ile gündüz hastaneleri (Day hospitals) ve psikiyatri bölümlerinde verilen hizmetlerdir (Büyükcoşkun, 1990:14).

Yaşlılara yönelik sosyal refah hizmetlerinin Demir'in de sınıflaması göz önünde bulundurularak ve yaşlı ihtiyaçları da dikkate alınarak beş başlık altında incelenmesi daha uygun bulunmuştur (Güran Demir, 1977'den naklen Koca: 1994:25). Bunlar;

- 1-Sosyal güvenlik hizmetleri
- 2-Sağlık hizmetleri
- 3-Barınma hizmetleri
- 4-Evde bakım hizmetleri
- 5- Diğer yaşlı hizmetleri

İstatistiksel olarak yaşlı bakım hizmetlerini incelediğinde; ortalama yaşam süresi ve dünya nüfusu ilk etapta değerlendirilmesi gereken unsurlardır. Birinci Yüzyıl'da ortalama yaşam süresi 20 yıl iken, 10. Yüzyıl'da 30 yıl, 13. Yüzyıl'da 35 yıl, 19. Yüzyıl'da 39 yıl, 20. Yüzyıl'da (başlarında) 47 yıl idi. Daha sonraki yıllarda artış hızlanmıştır. Örnek, 1946 yılında 62 yıl, 1961 yılında 71 yıl, 1989 yılında 76 yıl, 1995 yılında 78 yıl olmuştur. Ortalama yaşam süresi, dünya nüfus artışına paralel olarak yükselmiştir (Sevil, 1984:2).

Geçtiğimiz yüzyıl boyunca dünyada yaşlı nüfus büyük ölçüde artmıştır. Gerek yaşam kalitesinin yükselmesi (sağlıklı beslenme, spor yapma bilinci), gerekse tıptaki gelişmeler sayesinde pek çok hastalığın tedavisinin mümkün olması, buna ilaveten doğum kontrolünün yaygın olarak uygulanmasına paralel olarak doğumların ve genç nüfusun sayısının azalması, bu artıştaki önemli faktörlerdir (Yardımcı, 1995:9). Tabi ki bu durumun sadece gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için geçerli olduğu gerçekliği göz önünde bulundurulmalıdır. Toplam yaşlı nüfus artışının üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Az gelişmiş ülkelerde ise ekonomik yetersizliklere paralel olarak hızlı nüfus artışı devam etmekte, bebek ölümlerinin fazlalığıyla birlikte mortalitenin yaşlı nüfus için çok yüksek olması, toplam nüfus içindeki yaşlıların oranında değişiklik meydana getirmemektedir (Kural, 2001:6).

Demograflar dünya nüfusunun yaşlanmasını genellikle doğurganlıktaki düşüşe bağlayıp, mortalite oranlarındaki değişimi göz ardı etmektedirler. Oysaki mortalite değişikliklerinin sonuçları da en az doğurganlığın azalması kadar önemli ve belirleyici olmaktadır. Mortalite azaldıkça toplam nüfus içinde yaşlıların oranı artmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde 80'in üzerindeki çok yaşlılar, nüfusun en hızlı artan kesimini oluşturmaktadır. Avrupa kıtasında son iki yüzyıl içinde, yaşlı insanların sayısının nüfusun diğer yaş gruplarına göre büyük bir hızla arttığı bilinmektedir. Buna ilaveten kadınların erkeklerden daha uzun yaşadığı, hemen hemen tüm toplumlarda yaşlı kadın nüfusun yaşlı erkek nüfustan iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni kadınların erkeklerden daha uzun yaşamalarıdır (www.who.int/hpr).

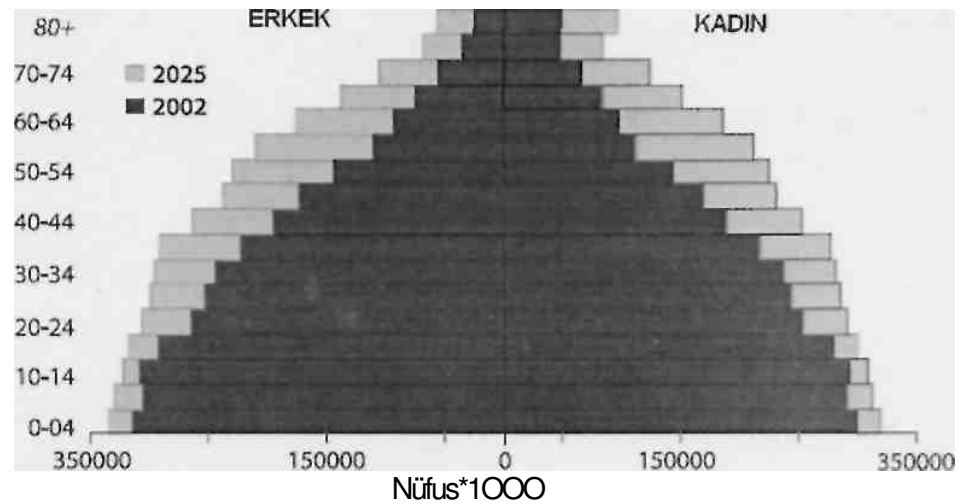
Dünya'da 1900–1990 yılları arasında toplam nüfus üç kat artarken, 65 ve üzeri yaştaki nüfus on kat artmıştır. WHO'nun son raporunda 2025 yılına gelindiğinde yaşlı insan sayısının 800 milyonu aşacağı, bunların üçte ikisinin de gelişmekte olan ülkelerde olacağı bildirilmektedir. 2050 yılına gelindiğinde nüfusun %50'sinin yaşam süresinin 85 yaşı geçeceği düşünülmektedir. ABD'de 1900'lü yılların başlarında her 25 kişiden biri 65 yaş üstü iken; 1984'de her 8 kişiden biri, 2050 yılında ise, her 5 kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Yine son verilere göre Amerika'da 28.1 milyondan fazla olan 65 yaş üzerindeki nüfus 2030 yılında iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. İngiltere'de geçen yüzyılın başında %6 olan yaşlı nüfus oranı, 1991'de %18'lere yükselmiştir. Bu zaman süresince yaşlı birey sayısı 2,2 milyondan, 10,5 milyona çıkarak yaklaşık %400 artmıştır. Avrupa'da ise 2020 yılına gelindiğinde 65 yaş üstü nüfusun Doğu Avrupa'da %14, Batı Avrupa'da ise %18'lere ulaşacağı tahmin edilmektedir (Avrupa Sağlık Reformu, 1998).

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development-Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) projeksiyonlarına göre ise, 1980 ile 2040 yılları arasında tüm OECD ülkelerinde yaşlı nüfusun iki katına çıkacağı (87 milyondan 175 milyona) tahmin edilmektedir. Bu artış özellikle 16 milyondan 47 milyona ulaşacağı, yani üçe katlanacağı tahmin edilen 80 ve üzeri yaş grubu için geçerlidir. 2040 yılında OECD ülkelerinde her üç yaşlı kişiden biri 85 yaşın üzerinde olacaktır (OECD, 1992:20). Söz konusu yıllar arasında genel nüfus içinde yaşlıların oranının %10'dan %20'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. 2040 yılında İsviçre OECD ülkeleri içinde %28'le en çok; Türkiye ise %10'la en az yaşlı nüfusa sahip ülke olacaktır. Yine de 2040 yılında Kanada, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda ve Türkiye'de yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki payının bugünkünün iki katını aşacağı tahmin edilmektedir (Kural, 2001:18).

Bazı ülkelerdeki şiddet, kalp rahatsızlıklarının neden olduğu ölümlerin artışı ve Afrika ülkelerinde de AIDS gibi nedenlerle yaşam süresi beklentisindeki engellere rağmen azalan doğum oranı ve artan yaşam süresi yaşlı popülasyonunun artış oranının devam etmesini sağlayacaktır. Doğum oranlarındaki keskin düşüşler tüm dünyada gözlemlenmektedir. 2025 de 120 ülkede doğum oranı (her bir kadın başına 2.1 çocuk düşecek) ölüm oranından az olacaktır (www.who.int/ageing).

Şekil 1'e göre Dünya nüfus piramidine bakacak olursak; 2002 itibarı ile 0-4 yaş gurubunun en fazla paya sahip olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra dünyada her yaş gurubu için kadınların oranı erkek nüfus oranına göre daha fazladır, özellikle de 60-64 yaş itibarı ile bu fark bayanların lehine daha da artmaktadır. 2025 yılı beklentilerinde ise; 0-14 yaş gurubundaki artış hızı diğer yaş guruplarına göre özellikle de 60-64 yaş gurubuna göre çok daha az artış göstermektedir. Bu da bize nüfus artış hızındaki azalmayı ve doğuştan beklenen yaşam süresindeki uzamayı göstermektedir. Yine 2025 yılı beklentilerinde de dünya nüfusunda bayan nüfusu erkek nüfusundan daha fazladır.

YAŞ GRUBU



Kaynak: www.euro.who.int/document:2007

Şekil 1: 2002–2025 Dünya Nüfus Piramidi

Aşağıdaki tablo 1'den de görüleceği üzere yaşlı nüfus daha çok dünyanın gelişmiş ülkelerinde vardır. 2002 istatistiklerine göre en fazla yaşlı nüfus İtalya' da bulunurken 2025 yılında en fazla yaşlı nüfusun Japonya'da olacağı beklenmektedir. Japonya'nın 2002'den 2025'e yaşlı nüfus artış hızı yaklaşık olarak %44'dür. Bunun yanı sıra Portekiz ve Ukrayna 2002 yılında yaşlı nüfus popülasyonu en fazla olan ilk on ülke arasında iken 2025 yılında yerlerini Hollanda ve Kanada'ya bırakmaktadır.

Tablo 1: Nüfusu 10 milyon üzerinde olan gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı

2002		2005	
Ülke	Yüzde	Ülke	Yüzde
İtalya	24,50	Japonya	35,10
Japonya	24,30	İtalya	34,00
Almanya	24,00	Almanya	33,20
Yunanistan	23,90	Yunanistan	31,60
Belçika	22,30	İspanya	31,40
İspanya	22,10	Belçika	31,20
Portekiz	21,10	İngiltere	29,40
İngiltere	20,80	Hollanda	29,40
Fransa	20,50	Fransa	28,70

Kaynak: (www.euro.who.int/document :2007)

Yaş gruplarına göre Dünya, gelişmiş ülkeler ve az gelişmiş ülkelerin nüfus popülasyonlarına ve yüzdelerine tablo 2'den bakıldığında; 0-14 yaş grubunun az gelişmiş ülkelerde gelişmiş ülkelere göre dünya ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. 14-65 yaş grubu arasında ise gelişmiş ülkeler az gelişmiş ülkelere göre dünya ortalamasının üzerindedir. 65 yaş ve üzeri grup için dünya ortalaması %7,4 iken bu oran gelişmiş ülkelerde %15,3 ve az gelişmiş ülkelerde ise %5,5'dir. 2050 yılı için yapılan tahmini nüfus popülasyonları ve yüzdelerde Dünya'da 65 yaş ve üzeri nüfusun %16,1'e çıkacağı, gelişmiş ülkelerde %25,9 ve az gelişmiş ülkelerde %14,6 olması beklenmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde genç nüfusun çok az olması ve 65 yaş üzeri nüfusun giderek artış göstermesi gelecekte yaşlılıkla ilgili ciddi politikaların belirlenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Tablo 2: 2005-2050 yılları için Gelişmişlik Düzeylerine Göre Ülkelerin ve Dünyanın Yaş Gruplarına Göre Nüfusu Ve Yüzdeleri

Dünya ve Gelişmişlik Düzeylerine Göre Ülkeler	Nüfus			Yüzde		
	Yıl:2005					
	0-14	14-65	65+	0-14	14-65	65+
Dünya	1.821.044	4.167.986	475.719	28,2	64,5	7,4
Gelişmiş Ülkeler	205.871	820.348	185.046	17,0	67,7	15,3
Az Gelişmiş Ülkeler	1.615.173	3.347.638	290.673	30,7	63,7	5,5
	Yıl:2050					
	0-14	14-65	65+	0-14	14-65	65+
Dünya	1.832.572	5.778.393	1.464.938	20,2	63,7	16,1
Gelişmiş Ülkeler	193.420	722.042	320.738	15,6	58,4	25,9
Az Gelişmiş Ülkeler	1.639.152	5.056.350	1.144.200	20,9	64,5	14,6

Kaynak: www.un.org/esa/population:2007

Gelişmiş ülkelerde, dünyada yaşlı bağımlılık oranı hızlı bir değişiklik göstermektedir. Örneğin; Japonya'da ekonomik olarak 15-60 yaş arası her 100 kişi 60 yaş üzeri 39 kişiye bakmaktadır. 2025'de bu oran 66'ya yükselecektir. Kuzey Amerika'da yaşlı bağımlılık oranı 2002 yılında %26 iken 2025 yılında %44'e çıkacaktır. Avrupa ülkelerinde ise 2002'de %36 olan yaşlı bağımlılık oranı 2025 de %56 olacaktır. Bununla birlikte günümüzde birçok ülkede yaşlı insanlar aileleri ve toplum için temel kaynak olmaya devam etmekte olup bunların çoğu resmi veya resmi olmayan iş alanlarında çalışmaya katkıda bulunmaktadır (www.who.int/ageing).

Tablo 3: Yaşlı Bağımlılık Oranı

2002		2025	
Ülke	Yüzde	Ülke	Yüzde
Japonya	0,39	Japonya	0,66
Kuzey Amerika	0,26	Kuzey Amerika	0,44
Avrupa Birliği	0,36	Avrupa Birliği	0,56

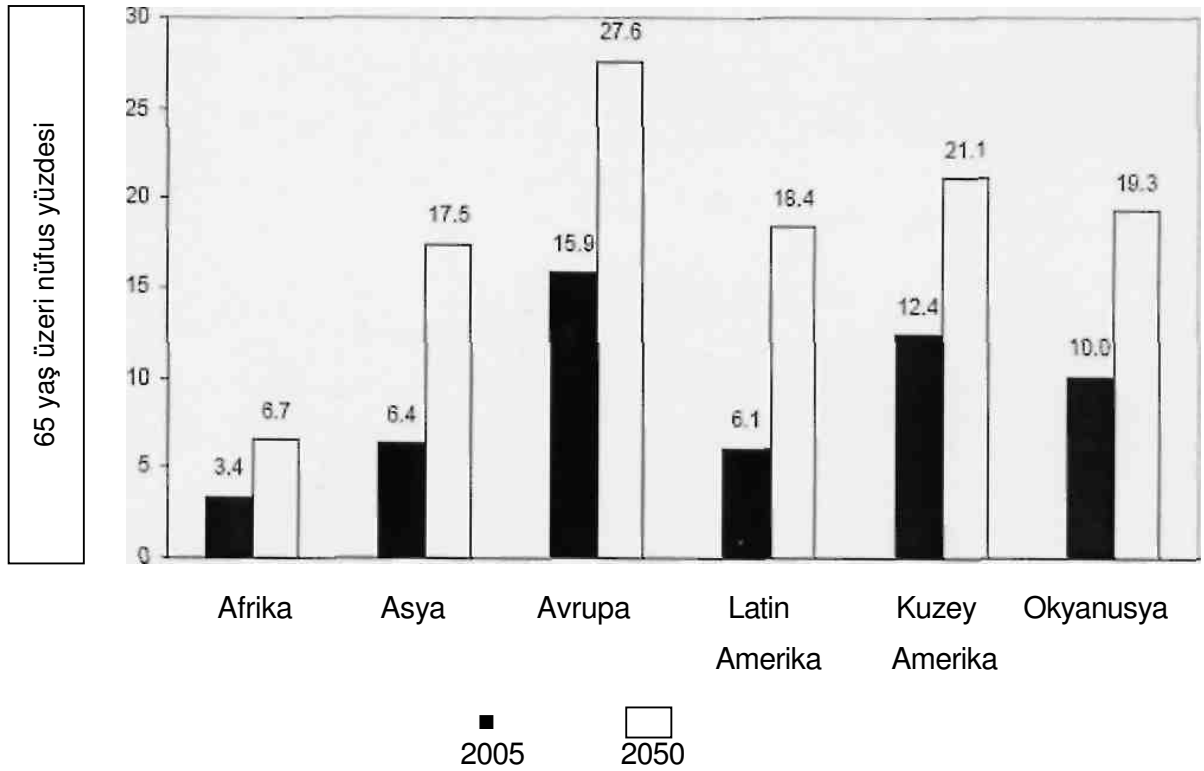
Kaynak: (www.euro.who.int/document/2007)

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre nüfus piramitlerine bakıldığında; gelişmiş ülkelerde, 14–65 yaş gurubunda diğer yaş guruplarına göre daha şişkin olduğu, yani popülasyonun bu yaşlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Tüm yaş guruplarında bayan nüfusu erkek nüfusuna göre daha fazladır. Maksimum yaş sınırı gelişmişlik düzeyi ile orantılı olarak 99'a kadar çıkmaktadır (www.un.org/esa/population).

En az gelişmiş ülkelerde 0-14 yaş gurubundan itibaren azalan bir grafik görülmektedir. Yaş yoğunluğu 0-14 yaş grubu arasına toplanmıştır. Bu ülkelerde erkek nüfus ve bayan nüfus oranı hemen hemen birbirine yakın olarak izlenmektedir. Maksimum yaş sınırı gelişmişlik düzeyine bağlı olarak 89'da kalmıştır (www.un.org/esa/population).

Diğer az gelişmiş ülkelerde gelişmiş ülkelere yakın bir grafik gözlenmiş olup, yaş yoğunluğu en çok 15–19 yaş grubu arasındadır. 65 yaş üzeri erkek ve kadın nüfusunun hemen hemen eşit olduğu gözükse de kadın nüfusunun göreceli olarak kısmen daha fazla olduğu gözlenmektedir. En çok yaş yoğunluğu 15–19 yaş grubu arasındadır. Maksimum yaş az gelişmiş ülkelerdeki gibi 89'dur. 0-19 yaş arası nüfusta artış görülürken, 19 yaşından sonra nüfus popülasyonunda azalma görülmeye başlamıştır (www.un.org/esa/population).

Şekil 2'ye göre yaşlı insanların %70'i gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. 2005 yılında en fazla Avrupa'da en az da Afrika'da 65 yaş ve üzeri nüfus yoğunluğu bulunmakta olup 2050 yılında da bu oranın artarak benzerlik göstereceği beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması hızla artmaya devam edecek olup, bütün ülkelerde özellikle de kalkınmış olanlarda yaşlı nüfus kendi kendine yaşlanmaya devam edecektir (www.who.int/ageing/publications).



Kaynak: www.un.org/esa/population:2007

Şekil 2. :2005–2050 yılları için 65 yaş ve üzeri nüfusun kıtalara göre dağılımı

İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün 07.02.2003 tarihinde yayımladığı nüfus istatistiğine göre Türkiye, 3.858.949 yaşlı nüfusa sahiptir. Türkiye'de 1935–2000 yılları arasındaki üç ana yaş grubundaki nüfus dağılımına bakıldığında; 65 yaş ve üzeri yaş grubu oranının %3,89'dan %5,69'a çıktığı görülmektedir. 2000 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 67 milyon civarında olan nüfusun, %29.82'sini 0–14 yaş, %64,45'ini 15–64 yaş, %5,69'unu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2000 yılı verilerine göre yaşlı bağımlılık oranı 1935 de 7,14 iken 2000 yılında 8,83'e yükselmiştir (www.tuik.gov.tr).

Türkiye gelişmekte olan bir ülkedir. Bu niteliğiyle yaşlı nüfusun büyük bölümünün gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı gerçeği, Türkiye için de geçerlidir. 2000 yılı verilerine göre 2020 yılına kadar tahmin edilen demografik göstergeleri şu şekilde yorumlayabiliriz. 2000 yılında kadın başına toplam doğurganlık hızı 2,27 iken 2020 yılında 2,01 olması beklenmektedir. Buna bağlı olarak da nüfus artış hızı 2000 yılında 14,1 iken 2020 yılında 8,6 ya gerilemektedir. Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süreleri yıllara göre verilmiştir. 2000 yılında doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye ortalaması 70,4 iken erkekler için bu beklenti 68,1 ve kadınlar için 72,8'dir. Kadınlar için erkeklere göre doğuştan beklenen yaşam süresi her zaman için Türkiye ortalamasının üzerindedir. 2020 yılına kadar aşağıdaki tabloda gözlenen değişimlerden, doğuştan beklenen yaşam sürelerinin sürekli olarak artış gösterdiği görölmektedir. Dolayısıyla bu artış genel nüfus içindeki yaşlı yüzdesinin artması sonucunu doğurmaktadır.

Tablo 4: Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Doğurganlık Hızı ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Yıl	Toplam doğurganlık hızı (Kadın Başına)	Nüfus Hızı(%)	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi		
			Toplam	Erkek	Kadın
2000	2,27	14,1	70,4	68,1	72,8
2001	2,25	13,8	70,6	68,2	73,0
2002	2,24	13,5	70,7	68,4	73,2
2003	2,24	13,2	70,9	68,6	73,4
2004	2,24	12,9	71,1	68,8	73,6
2005	2,24	12,6	71,3	68,9	73,8
2006	2,24	12,0	71,5	69,1	74,0
2007	2,24	12,0	71,7	69,3	74,2
2008	2,24	12,0	71,8	69,4	74,3
2009	2,14	12,0	71,9	69,5	74,4
2010	2,14	11,0	72,0	69,6	74,5
2011	2,14	11,0	72,1	69,7	74,6
2012	2,14	10,0	72,2	69,8	74,7
2013	2,14	10,0	72,3	69,9	74,8
2014	2,14	9,8	72,5	70,1	75,0
2015	2,14	9,6	72,7	70,3	75,2
2016	2,04	9,5	73,0	70,5	75,5
2017	2,04	9,3	73,1	70,6	75,7
2018	2,04	9,0	73,2	70,8	75,8
2019	2,04	8,8	73,4	70,9	76,0
2020	2,04	8,6	73,5	71,0	76,1

Kaynak: www.tuik.gov.tr 2007

2.1.1. Yaşlılara Yönelik Sosyal Güvenlik Hizmetleri

Sosyal güvenlik insanlığın oldukça eski ve temel bir gereksinimidir. Bu gereksinimin temelinde yatan neden, yarınından emin olma isteğidir. Tehlike ile karşılaşan ve yoksulluğa düşen bireye, asgari bir güvence sağlamak isteği sosyal güvenliğin var oluş nedenidir.

Sosyal güvenlik birey veya toplum olarak insanın duyduğu en önemli ihtiyaçlardan biri olan risklere karşı güvenlik içinde olma ihtiyacından kaynaklanmıştır. Bu nedenle sosyal güvenlik politikaları sosyal riske karşı korunmanın amaç ve hedeflerini sosyal güvenlik de bu amaçları ve amaçlara ulaşmak için gerekli hukuksal teknikleri kapsar.

Belirli bir süre çalıştıktan sonra emeklilik aylığı almaya hak kazanmış kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanması ve emekli maaşlarını almaları yaşlıya yönelik hizmetlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Osmanlılarda çağdaş anlamda ilk sosyal güvenlik kuruluşu, 1866 yılında Askeri Tekaüt Sandığı'nın kurularak yaşlılara emeklilik hakkının verilmesi şeklinde gerçekleşmiştir. 1881 yılında ise sivil memurlar için bir emekli sandığı kurulmuş, 1909 yılında çıkartılan bir kanunla da Asker ve Sivil hizmet emeklilerini kapsayan iki ayrı sandığın kurulması öngörülmüştür (Kural, 2001:39).

Türkiye Cumhuriyeti tarihinde yaşlılarla ilgili çıkartılan en eski kanun, 1926 tarihli 743 sayılı Medeni Kanundur. Medeni Kanunun 315, 316, 317, 356, 358 ve 359. maddelerinde ailede yaşlı, çocuk ve sakatların korunması için gerekenler konu edinilmektedir (Alankaya, 1991:31). 1930 yılında çıkartılan 1580 sayılı Belediyeler Kanunu'nun 34 ve 35. maddelerince yaşlılara bakım ve yardım görevi belediyelere verilmiştir. Yaşlıların sosyal yardım hizmetlerini örgütlemek, yönetmek ve hizmet götürmek konusunda 225 sayılı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmasına dair kanun ise 1963 yılında yürürlüğe girmiştir. 1968 yılında çıkartılan 1005 sayılı kanunla istiklal madalyası sahibi yaşlılara aylık bağlanmış; aynı şekilde 2022 sayılı kanunla ise 65 yaşını doldurmuş muhtaç ve güçsüz, kimsesiz yaşlılara aylık bağlanmasına karar verilmiştir (Alankaya, 1991:32).

Türkiye'de ilk Sosyal Sigortalar uygulaması ise 1946 yılında 4772 sayılı kanunun çıkarılmasıyla başlamış, bunu 1949 yılında 5434 sayılı kanunla T.C. Emekli Sandığının kurulması izlemiştir. 1965 yılında 1946'da çıkartılan kanunun kapsamı genişletilmiştir. 1971 yılında çıkartılan 1979 sayılı kanunla ise yeni bir sigorta sistemi kurularak esnaf, sanatkar ve diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenliği sağlanmıştır (Yazgaç, 1992:26).

Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve özürliülerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17.maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4.maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur (www.shcek.gov.tr).

1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasa'sında yaşlıların korunmasına ilişkin maddelerle birlikte sosyal güvenliğin herkes için temel bir hak olduğu da belirtilmiştir. Değişen toplumsal koşullar nedeniyle sosyal güvenlik sistemi içerisinde alınan yaşlıların maddi risklere karşı korunmaları belirli ölçüde sağlanmıştır. Yaşlılara aylık gelir, sağlık yardımları ve bakmakla yükümlü olduklarına aylık ödemeler yapılmaktadır.

5334 sayılı T.C.Emekli Sandığı Kanununun 39.maddesine göre; 25 fiili hizmet yılını dolduran iştirakçilerden kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını dolduranların istekleri üzerine emekli olup emeklilik aylığı bağlanır. 2006 yılı itibarı ile; 65 yaş üzeri 227.685 erkek, 44.618 kadın olmak üzere toplam 272.303 kişi emekli sandığından emekli aylığı almaktadır (www.emekli.gov.tr).

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kanunun 60.maddesine göre; Yaşlılık aylığından yararlanma esas ve şartları aşağıda gösterilmiştir. Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başlayanların yaşlılık aylığından yararlanabilmesi için;

- a) Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması ve en az 7000 gün veya
- b) Kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması, 25 yıldan beri sigortalı bulunması ve en az 4500 gün SSK katkı paylarının yatması gerekmektedir. 2007 yılı ocak ayı itibarı ile sosyal sigortalar kurumundan 3.163.782 kişi yaşlılık aylığı almaktadır (www.ssk.gov.tr).

1479 Sayılı Bağ-Kur Kanununun 35.maddesine göre; yaşlılık aylığından yararlanabilmek için sigortalının; kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olması gerekmektedir. 1479 ve 2929 sayılı kanunlara göre 1.089.962 kişi 2007 yılı itibarı ile yaşlılık aylığı almaktadır (www.bagkur.gov.tr).

2926 Sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununun 18.maddesine göre yaşlılık aylığı; sigortalının kadın ise 58, erkek ise 60 yaşından sonra sigortalılığa devamda fazla olan her tam yaş için ve 25 yıldan fazla prim ödediği her tam yıl için % 70 oranı birer artırılarak hesaplanır. Bunların yanı sıra 1005 sayılı kanunla Ulusal Bağımsızlık savaşına katılanlara vatani hizmet tertibinden aylık bağlanarak sosyal güvenceleri sağlanmıştır.

01.07.1976 tarihinde kabul edilen ve 10.07.1976 tarihli resmi gazetede yayımlanan "65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması" hakkındaki 2022 sayılı kanun ile ilgili açıklamalar;

2022 Sayılı Kanuna göre muhtaç olmak koşulu ile 65 yaşını doldurmuş Yaşlılar ile 18 yaşından büyük özürölüler ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürölü yakını bulunan Türk vatandaşlarına aylık bağlanmaktadır. 2022 sayılı kanuna göre kimsesiz bakıma muhtaç olan ve hiçbir maddi geliri bulunmayan yaşlıların ekonomik sorunları giderilmeye çalışılmaktadır. Bu kanun gereğince 2004 yılında toplam 899.832 kişiye yaşlılık aylığı ödenmektedir (www.emekli.gov.tr).

Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde mevcut olan bu sorunlar yaşlıların sosyal güvenliğine yansımaktadır. Yaşlılar gerçek ölçülerde aylık sahibi olamamaktadırlar. Örneğin; 2022 Sayılı Kanun gereğince yaşlılara ödenen aylık maaş 01.01.2007 itibariyle 73.53 YTL'dir (www.sgk.gov.tr). Bu rakam Türkiye'nin sosyo-ekonomik koşulları ve asgari ücret göz önüne alındığında oldukça azdır. Türk toplumunda özellikle tarım kesiminde yaşlıların sosyal güvenceleri yeterli ölçüde sağlanamamaktadır.

Yaşlılık aylığına başvuranların sayısında artış görülmektedir. Bu da yaşlıların ailelerin yanında ya da kendi evlerinde kalmayı kurum bakımına tercih ettiklerini göstermektedir. Ayrıca, bu yolla da evde bakım hizmetini desteklemek mümkün olmaktadır.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Mevzuatı artan ortalama ömre göre bir gelişme seyri takip etmemektedir. Doğuşta yaşama beklentisine göre emeklilik yaşı düşüktür. Ortalama 8,5 yıl ödenen emekli aylıkları süresi dünya ortalamalarının üzerindedir. Dünya ortalaması 7 yıldır.

2.1.2. Yaşlılara Yönelik Sağlık Hizmetleri

Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının artması yaşlıların sağlık sorunlarını ve verilecek sağlık hizmetlerini gündeme getirmektedir. Günümüzde insan sağlığı bireysel olmayıp toplumsal niteliktedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "XXI. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikası Avrupa Bölgesi için saptadığı yirmi altı hedefinden beşincisi, yaşlı sağlığı ile ilgilidir: "2020 yılında yaşlı kimseler daha sağlıklı bir yaşlanmaya ve toplumsal üretkenliğe daha fazla katılmaya olanak bulabilmelidir" (www.euro.who.int).

I.basamak sağlık hizmeti personeli, gerontolojik ve geriatrik olarak eğitilmeli, yaşlılarda sık görülen semptomları ve hastalıkları teşhis edebilmelidir. Gelişmekte olan ülkelerde geriatri uzmanlarına da ihtiyaç vardır (Ouslander, Osterweil, 1994;WHO,1989:16). Gelişmiş ülkelerde, hemşire ziyaretleri ile evde kendi kendine bakım eğitimi verilmektedir (Morris, 1994; WHO,1989-16). Amerika'da ve diğer gelişmiş ülkelerde hemşire ev ziyaretleri, yaşlılar için, sağlık maliyetini azaltan önemli komponentlerden biridir. Özellikle hastane sonrası ve rehabilitasyon programları şeklinde önemli bir sorumluluk üstlenir (Burton, Mulrow,1994:14).

Dünya nüfusunun değişen demografisi, sağlık hizmetlerine zorluklar çıkarmakta; bireyler emeklilik yaşına geldiğinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artmakta ve bu artış 75 yaş üzerinde hızlı bir ivme kazanmaktadır (Büken, Büken, 2003:75).

ABD'de hastanelerde geriatri bölümleri yaşlılara hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve yaşlı şifa yurtları bulunmaktadır. Tam bir uzmanlaşmaya dayanan şifa yurtları (Skilled Nursing Home) teknik bakımı gerçekleştiren, hastanın tam bir uzmanlığa dayanan ihtiyaçlarını karşılayan kurumlardır (Koca, 1994:26).

Türkiye'de yaşlı sağlığı konusunda çalışmalar, sınırlı sayıda üniversite hastanesi tarafından uzun yıllardır sürdürüle gelmiştir. Son yıllarda yaşlı sağlığı daha yaygın olarak, fakat yine üçüncü basamak sağlık hizmeti düzeyinde dikkate alınmaya başlanmıştır. Yaşlı sağlığı kavramı, sağlık hizmetinin büyük yükünü kaldıran ve toplumla daha yakın temas halinde olan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine henüz yeteri kadar entegre olmamıştır.

Yaşlı hizmetleri içerisinde yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin verildiği kurumları şu başlıklar altında inceleyebiliriz.

- a) Geriatri hastaneleri
- b) Gündüz hastaneleri
- c) Hasta konuk evleri
- d) Yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetleri
- e) Yaşlılarda hemşirelik bakımı

2.1.2.1. Geriatri Hastaneleri

Yaşlılık, bir hastalık değildir. Tıpkı çocuklarda görülen, çocuk hastalıkları gibi yaşlılık dönemine özgü yaşlı hastalıkları olabilir. Yaşlı hastalıklarının tıbbi tedavisi de geriatri hastanelerinde yapılmaktadır. Bu hastanelerde geriatri alanında yetişmiş özel uzmanlar görev almaktadırlar. Yaşlı hasta bakımı ve tedavi hizmeti, bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekip özel yetiştirilmiş, yaşlı bakıcısı, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hekim, psikiyatrist, geriatrist v.b. meslek elemanlarından oluşmaktadır.

Prentice ve Pizer'in çalışmasına göre; geriatrik ayakta tedavi kliniklerinin üç çeşidi bulunmaktadır. (Prentice, Pizer, 2007:4)

1. Geriatrik ön bakım
2. Yaşlı kliniği
3. Yaşlı değerlendirme ve idare

Geriatrik ayakta tedavi kliniklerine başvurular; hastalığın önlenmesi, hastalığın tedavisi ve yaşlının sağlık durumunun değerlendirilmesi ve idaresi durumu üzerine odaklanmıştır ki bunlar özellikle yaşlılıkla ortaya çıkan durumlardır. Bundan dolayı geriatrik ayakta bakım, klinik ziyaretleriyle bu çalışmada genel nüfustan çok yaşlılar üzerinde çalışma sağlanmıştır. Bu örnek negatif sağlık sonuçları ile birlikte uzun süreli bir bekleyiş olup olmadığının tespitinde ideal bir çalışmadır. Çünkü uzun süreli medikal bakım alan yaşlılar duygusaldır.

Türkiye'de "geriatri hastaneleri" henüz yeterince kurulamamış olup mevcut genel hastanelerin bazılarında "geriatri servisleri" veya "geriatri klinikleri", "geriatri bölümleri" açılarak hizmet verilmeye çalışılmaktadır.

1997 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine bağlı olarak Yapracık Geriatri ve Psikososyal Rehabilitasyon tesisi hizmete açılmıştır (www.dialysiscenters.baskent.edu.tr).

09.04.2005 tarihinde eğitim hastaneleri dışında Türkiye'de ilk olan Kayseri Geriatri Merkezi eğitimli doktor, hemşire, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmetler uzmanından oluşan çekirdek kadro ile hizmete açılmıştır (www.kdh.gov.tr).

23.09.2005 tarihinde de Bakırköy Belediyesi geriatrik muayene, demans ve fizik tedavi rehabilitasyon poliklinikleri ile geriatri merkezini hizmete açmıştır (www.bakirkoy.bel.tr).

2.1.2.2. Gündüz Hastaneleri

Gündüz hastanelerinde tıbbi hastalığı olmayan yaşlılara, bedensel bakım (tırnak kesimi, saç bakımı, vücut bakımı vs.) verilir. Ayrıca değişik sosyal ve kültürel faaliyetler organize edilir. Gündüz hastaneleri ilk defa 1940 yılında Sovyetler Birliği'nde kurulmuştur (Alankaya, 1991:30).

Ayakta tedavisi mümkün olan, süregelen hastalığı bulunan yaşlıların, evlerinden, sevdikleri şeylerden ve anılarından ayrılmadan, sabah gelip, akşam dönebilecekleri "gündüz yaşı hastaneleri" kurulmuştur. Amaç, yaşlıların sağlık sorunlarının çözümüne yardımcı olmak, yaşama arzularını canlı tutmak ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktır. Yaşlı buralara gidip yürüyecek, okul gibi okuma zevkini giderecek, yeni uğraşlar bulacak, ilacını alıp dönecektir. Bu model ABD, İngiltere, İrlanda, Belçika, Hollanda v.b. ülkelerde yaygın uygulanan bir modeldir, ilk kez 1940 yılında, Rusya'da psikiyatrlar tarafından ele alınıp uygulanmıştır (Sevil, 2005:162).

Alzheimer hastası yaşlılara gündüzlü bakımevi hizmeti vermek amacıyla; Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara Yenimahalle Kaymakamlığı ve Alzheimer Derneği Ankara Şubesi arasında imzalanan protokol gereği Ankara ili Ümitköy Huzurevi bünyesinde 20.3.2003 tarihinde hizmete açılmış ve faaliyetlerini 30.12.2002 tarih ve 148 sayılı işletme Yönergesine göre yürütülmeye başlamıştır. Merkezin amacı; ailesi yanında yaşayan Alzheimer hastası yaşlıların evde tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak yaşlının güvenliğini sağlamak, Alzheimer hastası yaşlıyı çeşitli etkinliklerle aktif hale getirerek yaşlıda oluşacak ajitasyonu azaltabilmek, bu yaşlıların aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak ailelerdeki çaresizlik ve suçluluk duygularının azalmasını sağlamak, aileleri gündüzlü bakım merkezine yönelterek huzurevleri ve bakım evlerindeki yığılmaları önlemek ve Alzheimer hastası yaşlıların gündüz bakımlarını sağlayarak yaşlıya ve ailesine destek hizmetleri sunmaktır (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

2.1.2.3. Hasta Konukevleri

Hospice denilen ve bazı ülkelerde, kiliselerde, rahipler tarafından uygulanan bir tür darülaceze hizmeti veren kuruluşlardır. "Hospice" kavramı, yolcu konukevi olarak da kullanılmaktadır. Hizmet ekibi gönüllülerden oluşur. Rahipler yönetim ve programlama işlerinden sorumludur. Yaşlılara inanç ve duygu takviyesi yaparlar (Sevil, 2005:162).

2.1.2.4. Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Yaşlılık dönemi riskli bir dönem olup yaşlıların ne tür risklerle karşılaşabileceği önceden bilinemez. Ama alınabilecek çeşitli önlemler önceden planlanabilir.

Türkiye çeşitli kazaların yoğun olduğu bir ülkedir. Yalnız trafik kazaları değil, ev kazaları, iş kazaları, beklenilmeyen çeşitli travmalar her bireyi etkilemektedir. Yaşlılar da bu tür kazalarla karşılaşabilmektedirler. Rehabilitasyon hizmeti, yaşlıyı kaza sonrası normal yaşamını sürdürecektür duruma getirmek, mevcut durumuyla yapabileceklerini öğretmek amacıyla verilen bir hizmettir.

Herhangi bir nedenle fiziki, ekonomik ve sosyal gücünü kaybeden bireye bu gücünü yeniden kazandırmak üzere açılan kurumlara rehabilitasyon merkezi denilmektedir. Türkiye’de, yaşlılar için özel rehabilitasyon merkezleri yoktur. Tıbbi amaçlı kurulmuş daha çok sakatlara hizmet veren rehabilitasyon merkezleri vardır. Yaşlılar arasında, sakat kalanlar buralardan yararlanabilmektedir (Sevil, 2005:143).

SHÇEK' e bağlı Ankara'daki 4 huzurevinden sadece birinde yaşlılara yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir.

Pek çok ülkede rehabilitasyon hizmetleri yeterince gelişmediğinden bunun sonucu olarak özellikle yaşlı ve sakatlarda iyileşme dönemi gereğinden çok uzamaktadır.

2.1.2.5. Yaşlılarda Hemşirelik Bakımı

Tüm dünyada artan yaşlı popülasyonunun gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin amacı kaliteli bir yaşama sahip olmaları için yaşlıların bağımsızlıklarını sürdürmelerine yardımcı olmak ve kendi kendilerine bakımlarını desteklemektir. Yaşlı bireyin hemşirelik bakım hizmetleri bağımsızlığı artırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, komplikasyonları önleyici girişimleri içermelidir (Aştı 2002:157-159).

Yaşlı bireyin hemşirelik bakım hizmetleri; sağlıklı yaşlanmayı sağlayıcı hizmetler, tanı tedavi bakıma yönelik hastane hizmetleri, rehabilitasyona yönelik hizmetler (Karaca, 2003:28-29).

Yaşlı hizmetleri ile ilgili olarak özellikle son yıllarda büyük önem kazanan bir konu da koruyucu hekimliktir. Yaşlı nüfusun, yaşam süresinin ve kalitesinin artırılmasında, beklenti ve sorunlarına cevap verilmesinde sözü geçen kurum son derece etkin bir rol üstlenmektedir. Yaşlıların da sağlıkları ile ilgili devletten, Sağlık Bakanlığı'ndan ve sağlık ile ilgili personelden beklentileri sorgulandığında, önemli bir çoğunluğun "Koruyucu Hekimlik", hizmetlerinin gerekli olduğunun bilincinde oldukları görülmüştür (Yardımcı, 1995:131).

2.1.3. Barınma Hizmetleri

Yaşlılar açısından barınma ihtiyacının karşılanmasında önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Günümüz çağdaş toplumlarında yetişkin çocuklar ana babalarından ayrı yaşamaktadırlar; bu açıdan yeni aile çeşitleri oluşmuştur. Diğer yandan yaş ilerledikçe yaşlıların yaşamlarını tek başlarına sürdürmeleri güçleşmektedir. Bu nedenledir ki gelişmiş ülkelerde yaşlının barınma ihtiyacının karşılanmasında günümüzde yaşlıya yaşadığı çevrede hizmet verme yaklaşımı benimsenmekle birlikte kurumsal bakımda önemlidir. Kurumsal bakım ifadesinin içine çeşitli ihtiyaçlara cevap veren kurumlar girmektedir. Daha önce bakım yanında sağlık hizmetinin de verilmesi gereken yaşlıların kaldıkları kurumlardan söz edilmiştir. Bu kurumlar kendi evinde ve korumalı ev ve dairelerde kalamayanların kaldıkları yerlerdir. Barınma hizmetleri denildiğinde devamlı tıbbi bakıma gerek duymayan yaşlıların kaldıkları kurumlar anlaşılmaktadır. Bu kurumlarda yaşlıların sadece bakımı sağlanmakta, uzmanlaşmış hizmetler ve personel bulunmaktadır. İkamet amacıyla kurulmuş olan bu kurumlarda kalan yaşlılar hastalandıkları takdirde hastane ya da şifa yurdu bakımı gerektiği hallerde buralara gönderilmektedirler.

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de tıbbın ilerlemesi sonucu, insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusta artış gözlenmektedir. Ayrıca sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmakta, yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

İşte yukarıda belirtilen nedenlerle her geçen gün sayıları artan, sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan muhtaç yaşlı kişilerin, huzurlu bir ev ortamı içinde yaşantılarını devam ettirmelerini, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasını, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesini ve devam ettirilmesini, huzur, güven ve refah içinde bulunmalarını sağlamak amacıyla huzurevlerinin açılmasına ihtiyaç duyulmuştur (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

Günümüze kadar olan dönemde toplumla ilgili sorunlarda, sorunu yaşarken çözüm yollarının araştırılması yaşanan sorunların daha ağır yaşanmasına yol açmıştır. Yaşlılar açısından bugün için var olan olanakların Türkiye geneline dağılımı ile gelecekte yaşayacağımız soruna hazır olunduğu söylenemez. Son yıllarda hizmete giren huzurevlerine bakıldığında tamamına yakınının İstanbul, Ankara, İzmir ve Manisa’da olduğu görülmektedir. Dağılımın bu yönde gelişmesi gelecekteki sorunun çözümü açısından bir yarar sağlayacağı söylenemez, iyi bir planlama ve organizasyonla özellikle yaşlı oranlarının yüksek olduğu ve huzurevi bulunmayan iller, huzurevi açısından desteklenmelidir (Vehid, 2000:243).

Türkiye tarihi boyunca çocukların ve yaşlıların korunmasına önem veren bir ülke olmuştur. Türk kültüründe kökleşmiş olan sevgi ve merhamet duyguları çocuk ve yaşlı haklarını aile davranışının odak noktası haline getirmiştir.

Türk toplumunda yaşlı ve yaşlılıkla ilgili toplumsal kalıplara tarihsel açıdan bakıldığında, eski Türklerde atanın kadın ya da erkek olsun korunduğu anlaşılmaktadır.

Türkler İslamiyet'i kabul etmelerinden sonra da dinsel inancın gereği olarak muhtaç ve güçsüzlere yardım etmişlerdir(www.shcek.gov.tr/hizmetler).

İlk kez M.S. 398 yılında, Devlet tarafından bakım ve yardıma muhtaçlara yapılan gönüllü yardımların desteklendiğini, "Bazilyas" adında bakım yurdunun (bir çeşit huzurevi veya güçsüzler yurdu) kurulduğu görülmektedir. Daha sonraları Sivil Toplum Kuruluşu (STK) olan "Vakıf" kuruluşları yoluyla yaşlı hizmetleri yürütülmüştür (Sevil, 2005:43).

Türkiye'de huzurevleri tarihçesi sosyal güvenlik hizmetlerine koşut bir gelişim sergilemektedir. Yaşlıların maddi açıdan güvence altına alınması (emekli sandığının ve sosyal sigortalar kurumunun kurulması, yaşlılara aylık bağlanması v.b.), tarihçeden de anlaşılacağı gibi yaşlılara yapılan yardımın temelini oluşturmaktadır. Her ne kadar yaşlılara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi, aylık bağlanarak geçimlerinin garanti altına alınması mutlaka gerekli olsa da, manevi anlamda onlara destek olacak ya da yaşlılıklarını üretken bir biçimde geçirebilecekleri ortamların yaratılamaması büyük bir eksiklik olarak gözükmektedir (Kural, 2001:40).

Yaşlılara götürülen hizmetlerden "kurum bakımı" Türkiye'de çok eski tarihlerden beri uygulanmaktadır. Osmanlı dönemindeki vakıflar, 1895 yılında hizmete başlayan, İstanbul "Darülaceze" kurumu, çeşitli yerlerdeki "düşkünler yurdu" hep kurum bakımı modelini uygulamışlardır. Bugünkü uzantısı "huzurevleri" adıyla devam etmektedir. Huzurevleri modeli tüm ülkelerde uygulanan bir modeldir. Dünyada ilk huzurevi ABD'nin "Montana" ve "Novada" eyaletlerinde hizmete girmiştir (Sevil, 2005:142).

Yaşlıları koruma ile ilgili bilinen ilk huzurevinin 11. yüzyılda kurulduğu görülmektedir. Sivas'ta 11. yüzyılda Reha oğulları tarafından Darülrha (Huzurevi), Musul'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökkörü tesislerinde (darülaceze) dullar için barınma yerlerinin bulunduğu saptanmıştır (Sevil, 1984:12).

Memluklar döneminde 19.yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir (Koca, 1994:32).

Osmanlılar döneminde, imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Kurulan darürehalar yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili kurumların verdikleri hizmeti yerine getirmektedirler (Danışoğlu,1988:41).

Cumhuriyet döneminde ise 1930 yılında çıkarılan Belediyeler Kanunu hükmünce yaşlılara yönelik bakım hizmetleri belediyelere verilmiştir. Daha sonra 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş; yaşlılara, muhtaç ve kimsesizlere yönelik hizmetleri planlama ve programlama görevi bu kurum eliyle yürütölmeye başlanmıştır (Biçer, 2002:110).

Türkiye'deki yaşlı nüfusun yalnızca %0.21'ine, çeşitli kurum ve kuruluşlara bağlı olarak hizmet veren huzurevlerinde bakım sağlanabilmektedir. Bu huzurevleri 45 ilde hizmet vermektedir, 36 ilde ise halen huzurevi bulunmamaktadır (Bakınız (Bkz): Ek 2).

2828 sayılı kanunun 34.ve 35. Maddeleri doğrultusunda, 19422 sayılı "Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliğin, 05/04/1987 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmesiyle, kamu kurum ve kuruluşları emekli olan yaşlı personeline hizmet vermek üzere huzurevleri açmışlardır (Bkz: Ek 3).

Dernek ve Vakıflara bağılı olarak 14 il merkezinde, toplam 33 huzurevinde, 2312 yaşlıya hizmet verilmektedir (Bkz: Ek 4).

Azınlıklara ait 7 huzurevi bulunmakta olup, bu huzurevlerinin hepsi İstanbul'da bulunmakta ve 979 yaşlıya hizmet vermektedir (Bkz: Ek 5).

Türkiye genelinde yerel yönetimlere bağılı olarak 16 ilde 19 huzurevi bulunmaktadır. Huzurevlerinin kapasitesi ise 1990 yaşlıya hizmet verebilecek düzeydedir (Bkz: Ek 6).

Gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinin ve bakımevlerinin açılış, hizmet, personel ve işleyiş koşulları ile ücret, denetim, devir ve kapatılma işlem ve esaslarını belirlemek amacıyla çıkarılan 23099 sayılı özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliğı, 3 Eylül 1997 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanmasıyla yürürlüğe girmiştir. Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliğı hükümleri gereğı; 55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kuruluş bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özel huzurevlerinde, özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların ise bakımevlerinde bakım ve korunmaları sağlanmaktadır (www.shcek.gov.tr).

Gerçek kişilere ait 11 ilde 288 adet ve 4124 yatak kapasitesine sahip huzurevleri bulunmaktadır (Bkz: Ek 7).

SHÇEK'e bağılı huzurevlerindeki hizmetin tür ve niteliğine, işleyişine ilişkin esaslar, kuruluş ve personelin görev, yetki ve sorumlulukları 05.04.1987 tarih ve 19422 sayılı R.G.'de yayınlanan "kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin kuruluş ve işleyiş esasları hakkında yönetmelik" gereğı huzurevine yaşlı kabulü 17. maddede tanımlanmış olup Ek 8'de huzurevine giriş koşulları verilmiştir (www.shcek.gov.tr/Kurumsal_Bilgi).

Yaşlının ücret durumuna da, yapılan sosyal incelemede meslek elemanınca açıklık getirilmektedir. Yapılan incelemeye göre yaşlının beyanı ve tapu, mal müdürlükleri ile belediye başkanlıklarına yazı yazılmakta, bunun sonucunda hiçbir yerden geliri olmadığı belirlenen yaşlılar huzurevlerine ücretsiz, ücretini karşılayabilecek gelire sahip olanlar ise ücretli olarak kabul edilmektedir (Güngör, 2002:16). İlgili Yönetmeliğe göre huzurevlerine kabul edilecek yaşlılar arasında ırk, renk, cinsiyet, tabiyet, din, dil, siyasi düşünce, felsefi inanç, sosyal köken ve servet yönünden hiçbir ayırım yapılmamakta ve geçmişteki mahkumiyetleri de göz önüne alınmamaktadır.

2.1.3.1. Yaşlı Huzurevleri

Kurum bakımının en temel ve en yaygın modellerinden birisi huzurevi modelidir. 24.05.1983 tarih ve 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu" Yasasında, "muhtaç yaşlı" ile "huzurevi"nin tanımı yapılmıştır. Buna göre muhtaç yaşlı; sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, yaşlı statüsündeki kişiyi ifade eder (Sevil, 2005:141). Huzurevleri; muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kamu kurum ve kuruluşları tarafından kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını ifade eder (Kural, 2001:24).

2828 sayılı Kanunun 15.maddesi doğrultusunda 24325 sayılı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği 21.02.2001 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmelik hükümlerine göre; huzurevlerimize, maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olup da, günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 ve daha yukarı yaştaki kişiler alınmaktadır (www.shcek.gov.tr/Kurumsal_Bilgi).

Yaşlı bireylerin kentleşme, aile yapısının geniş aileden çekirdek aileye doğru bir değişim göstermesi, değişen geleneksel değer ve normlar sonucunda yalnızlaşması, onları kurumsal bakıma muhtaç bırakmış; sağlıkları bozulan, hareket kabiliyetlerini yitiren ya da bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara Türkiye’de huzurevleri ve darülaceze bünyesinde kurumsal bakım imkânı sunulmuştur (Kural, 2001:24).

2007 yılı ocak ayı itibariyle Türkiye’de ve Ankara’da hizmet veren huzurevlerinin sayı ve kapasiteleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 5: Türkiye ve Ankara’da Huzurevleri Sayı ve Kapasite Durumu

KURUM	TÜRKİYE		ANKARA			
	Sayı	Kapasite	Sayı	Yüzde	Kapasite	Yüzde
SHÇEK	69	7605	4	5,79	689	9,06
Kamu Kurum ve Kuruluşları	7	2592	1	14,28	316	12,19
Dernek ve vakıflar	33	2312	5	15,15	314	13,58
Azınlıklar	7	979	0	0,00	0	0,00
Yerel yönetimler	19	1990	1	5,26	228	11,46
Gerçek kişiler	97	4124	17	17,52	870	21,10
Toplam	232	19602	28	58,00	2417	67,39

Kaynak: www.shcek.gov.tr:2007

Halen mevcut olan kurum hizmetlerinin yanısıra yaşlıların toplumla iç içe ve kendi aileleri yanında bakımlarının sağlanması amacıyla, yeni hizmet modelleri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Beş yıllık kalkınma planı 1989 yılı programında belirtildiği gibi yaşlı bakımında temel ilke yaşlının aile içinde maddi ve manevi desteklenmesinin sağlanmasıdır.

Kurum bakımı Türkiye'de yaşlılara götürülen hizmetlerin en yaygınıdır. Bu kurumlara "huzurevi", "düşkünler yurdu", "bakımevi", "acuzevi", "yoksullar evi", "barındırma evi" gibi isimler verilmekte olup, yaşlıların tedavi ve rehabilitasyonları ile psikolojik ve sosyal yönden bir yaşantının sağlanması ve her türlü ihtiyaçlarının karşılanması amacını taşıyan bu kurumların SHÇEK, SSK, Belediyeler, Dernekler, Azınlıklar ve gerçek kişiler tarafından kurulduğu görülmektedir.

Yine 2828 sayılı kanunda, SHÇEK'in görevleri belirtilirken; "Öncelikle korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak üzere, gerekli sosyal hizmetleri yürütmek ..." göreviyle kurum sorumlu tutulmuştur.

Huzurevleri önümüzdeki yıllarda, yaşlı hizmetleri bakımından daha çok önem kazanacaktır. İstanbul, Ankara ve İzmir gibi üç büyük kentte, yaşlının kamu kuruluşlarına bağlı huzurevlerine hemen girebilmeleri olası değildir. Yıllarca sıra bekleyen yaşlılar vardır. Buna karşın taşra illerinde ve Anadolu'da huzurevi talebi daha azdır. Geleneksel aile yapısı içinde, yaşlı, toplum tarafından (ailesi, yakınları, tanıdıkları) bakılıp korunmaktadır (Sevil, 2005:143).

Türkiye'de huzurevlerinin finansmanı büyük ölçüde gönüllü kişi ve kuruluşların bağışlarıyla karşılanmaktadır. Bakacak kimsesi olmayan, yoksul ve kimsesiz yaşlılar bu bağışlar sayesinde huzurevinde kalabilmekte; bunun yanında varlıklı fakat yalnız yaşlı kimseler de bu hizmetten faydalanabilmektedir. Daha çok özel huzurevlerini tercih eden bu yaşlıların yaşam koşullarıyla, devlete ya da belediyelere ait huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam koşulları elbette farklılık arz etmektedir (Kural, 2001:26).

Huzurevlerine ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olup da yükümlülerin ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olup da sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler. Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının (yeme, içme, barınma ve temizlik gibi) karşılanmasının yanı sıra; tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşire gibi ihtisas sahibi elemanlar tarafından koordineli bir biçimde verilmeye çalışılmaktadır.

Huzurevlerinde ücretli kalmakta olan yaşlılardan alınacak bakım ücretleri, her mali yılda SHÇEK Genel Müdürlüğü'nce tespit edilen miktarlar üzerinden aylık olarak tahsil edilmektedir. Bu ücretlere; yeme, içme, barınma ve her türlü bakım giderleri dâhil bulunmaktadır. Huzurevlerinde bakılan yaşlıların kaldıkları odalardaki hakları müktesep kabul edilmekte ve yeni tespit edilen ücretleri karşılayamayan yaşlılara yapılan inceleme sonucu düzenlenen raporlara dayalı olarak gerekli indirim yapılmaktadır. "Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkındaki 1005 Sayılı Kanun" uyarınca istiklal Madalyası verilerek maaş bağlanan kişiler, bu gelirlerinden başka hiçbir yerden aylık ve geliri olmamak şartıyla varsa eşleriyle birlikte huzurevlerinde ücretsiz olarak kalmaktadır.

Huzurevlerine alındıktan sonra zaman içinde bazı yaşlılarda bedensel ve zihinsel fonksiyon kayıpları nedeniyle sürekli yatağa bağımlı hale gelme veya kontrol altında bulundurulma sorununun ortaya çıkması, ayrıca evlerinde bu duruma düşmüş, aile yanında bakımı güçleşen yaşlıların bakım ve korunmalarının sağlanması, özel bakım hizmetlerini gerekli kılmıştır. Bu nedenle 60 yaşın üzerinde akıl ve ruh sağlığı yerinde, bulaşıcı ve habis tümöral ya da sürekli tedavi gerektiren bir hastalığı bulunmayan yatağa bağlı (yatalak, felçli ve sakat) yaşlıların bakım ve korunmalarını sağlamak amacıyla huzurevleri bünyesinde özel bakım bölümleri açılmıştır. Huzurevlerinde kalmakta iken yatalak ve felçli duruma düşen yaşlılar bu bölümlere öncelikle yerleştirilmekte, boş yatak bulunduğu takdirde aciliyeti olan yeni müracaatlar kabul edilmektedir.

Ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlıların Devlet hastanelerinde ücretsiz olarak bakım ve tedavileri yaptırılmakta, ilaç, ortez, protez ve benzeri ihtiyaçları karşılanmaktadır. Bakım hizmeti almakta olan yaşlılardan % 60'ı normal bakım, % 20'si özel bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Artan talep nedeniyle 2001 yılında yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri sayı ve kapasiteleri ile özel bakım bölümü olan huzurevi sayı ve kapasitesinin mevcut kapasiteye oranla % 30'a çıkarılması hedeflenmiş, merkez ve bölüm hizmetlerinin personel, donanım v.b. yönleriyle yeniden değerlendirilmesi çalışması yapılmış yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezine dönüştürülecek huzurevleri saptanmış, her huzurevinde özel bakım bölümü tesis edilmesine yönelik çalışma gerçekleştirilmiştir.

2.1.3.1.1. Darülaceze

Darülaceze Türkiye’de kurum bakımı sunan en eski kuruluşlardan biridir. 1895 yılında din, mezhep ve ırk ayrımı gözetmeksizin, dilenmek zorunda kalan malul ve sakatlar ile sokağa terk edilen yeni doğmuş bebekler ve kimsesiz çocukları kabul etmek amacıyla Sultan II. Abdülhamit tarafından kurulan darülaceze, bugün 650-1000 arasında değişen aciz kimselere (aceze) hizmet vermektedir (Yıldırım, 2000:28).

Darülaceze kurumu, İstanbul Belediyesi’ne bağlı olarak hizmet vermektedir. Özel kanunla kurulmuş, kamu tüzel kişiliğine sahip özerk bir kurum olan Darülaceze’nin mali ve idari açıdan özerkliğini sağlayacak iç kuralları mevcuttur. Gelir kaynaklarını; taşınmaz malların kira gelirleri, vatandaşların mal ve para yardımları oluşturmaktadır.

2.1.3.1.2. Türkiye’de Sivil Toplum Kuruluşları Örnekleri

Türkiye’de henüz yaşlılara hizmet veren köklü STK ve onlara bağlı kuruluşlar bulunmamaktadır. Yeni açılmış olan, yaşlılara bakım ve tedavi kurumları açan ya da yaşlı bakımı alanında eğitici yetiştiren STK’lar sınırlı sayıda da olsa vardır. Bu bölümde bunlardan üçü kısaca tanıtılacaktır.

- Türkiye Gücsüzler Ve Kimsesizlere Yardım Vakfı (Güç-Vak): 11.03.1986 günü kurulmuş olup vakfın merkezi Ankara’dadır. Türkiye’ye yayılmış yedi ayrı şubesi bulunmaktadır. Vakıf; yaşlı, gücsüz ve kimsesiz olanlara sağladığı etkin kurumsal hizmetleriyle tanınmıştır. Vakfın şu anda Ankara Keçiören, Beypazarı Sekli Köyü, Eskişehir Mihalicçık yaşlılar köşkü, proje aşamasında Çankırı Çerkeş Yaşlılar Köşkü ve yakında açılacak olan Refia-Suha Alemdaroğlu Yaşlı Konuk Evi bulunmaktadır (www.gucsuzlervakfi.org.tr).

- Milli Eğitim Bakanlığı Kadıköy Sağlık Eğitim Merkezi Vakfı (KASEV Vakfı): 1987 Ocak ayında 61 kurucu tarafından kurulmuştur. Merkezi İstanbul Kadıköy'dedir. Amacı; Türkiye genelinde öğretmen, emekli öğretmen, Milli Eğitim camiası mensupları, çalışanları ve aile bireyleri ile öğrencilere sağlık, sağlık eğitimi, sosyal hizmet vermek ve bu hizmetleri desteklemektedir. Kadıköy'de bulunan Sağlık Eğitim Merkezinin yanı sıra, yataklı bir huzurevi, dinlenme tesisi ile 2002 yılında hizmete giren özel bakım ünitesi hizmet vermektedir (www.kasev.org).

- Milli, Eğitim Bakanlığı Sağlık Eğitimi Vakfı (MESEV): 11.12.1995 günü kurulan vakıf Milli Eğitim Bakanlığına (MEB) bağlı olarak çalışmaktadır (www.mesev.org). Merkezi Ankara'dadır. Vakfın amacı; hizmetteki ve emekli olmuş öğretmenlere ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine daha iyi ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi için gerekenleri yapmak, tıp alanında yüksek öğrenim gören MEB personeli ve emeklilerinin çocuklarına karşılıksız tıp bursları vermektir. Bu kapsamda MESEV Yaşlı Dayanışma Merkezleri'nin kurulması öngörülmüş, yaşlıların bizzat kendilerinin gelebileceği veya sabahları evlerinden alınıp akşamları evlerine bırakılmak şartıyla günlerini geçirecekleri, sosyal ve kültürel etkinliklerini yürütebilecekleri, sorunlarını danışıp çözebilecekleri çok amaçlı kuruluşlar olarak düzenlenmiştir (Sevil, 2005:170).

2.1.3.2. Yaşlı Bakımevleri

Yaşlı bakım evleri; Yaşlıları huzurlu bir ortamda korumak, bakımlarını sağlamak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla açılan sosyal hizmet kuruluşlarıdır (www.shcek.gov.tr).

Yaşlı barındırma evleri denildiğinde tek tip bir yapıdan söz etmek, ihtiyaç ve olanaklar farklılaştığı ve yaşlı bakımı işinin farklı profesyonel disiplinlerin bir arada üstlenmesi gereken bir sorumluluk olması dolayısıyla mümkün olmamaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda “yaşlı bakım” kavramı genel anlamda kullanılarak ABD ve İngiltere’de çeşitli gruplandırmalara gidildiği görülmektedir (Brummett, 1994:30).

2.1.3.3. Sokak Yaşlıları Yardım Evi

Sokak yaşlıları fiziksel, ruhsal ve zihinsel sorunları nedeniyle kurum bakımından yararlanamamaktadırlar. Bu nedenle ayrı bir "yardım evi"nin oluşturulması zorunludur. Sokak Yaşlıları yardım evi kadın sığınma evleri uygulamasına benzer bir işleyişle organize edilmelidir. Bu yardım evlerine alınacak olan yaşlıların yemek, giyecek, banyo, temizlik gibi gereksinimleri karşılanmalı ve sıcak bir yaşam ortamı sağlanacak düzenlemeler yapılmalıdır.

2.1.3.4. Yaşlı Apartmanları

Yaşlı apartmanları, yalnız yaşamak zorunda kalan ve kurum bakımını istemeyen yaşlıların toplum içinde, güvenli ve korumalı bir ortamda yaşamalarına yardımcı olabilecek bir hizmet modelidir.

Yaşlı apartmanları yerel yönetimlerce özel olarak düzenlenecek modellerdir. 40–50 m²lik küçük dairelerden oluşacak veya daha büyük dairelerde birkaç yaşlı bir arada oturacaklar; kendi gereksinimlerini (yemek, temizlik v.b.) kendileri karşılayacak, ortak kullanım için ayrı bir mutfak ve hizmet daireleri (görevli personel için) bulunacaktır. Yaşlılar belirli bir kira bedeli ödeyecek, sorunlarının çözümü ve gereksinimlerinin karşılanması bakımından başvuracakları yönetim birimleri bulunacak, güvende olduklarını hissedecek, kendilerine 24 saat yardım edileceğini bileceklerdir. En çok gereksinim duyulan sağlık sorunları için revir benzeri bir sağlık birimi bulunacak, gereksinim karşılanacaktır (Sevil, 2005:160).

2.1.3.5. Yaşlı Köyleri

Yaşlı köyleri, yaşlıların bağımsız kalabileceği veya birkaç kişinin bir arada kalacakları ayrı dairelerden oluşur. Konutlar geniş bahçe içinde yapılmış olup sosyal tesisler (kulüp, tiyatro, sinema, müzik v.b.) vardır. Sağlık birimi, spor alanları düşünülmüş, uğraşı odalarında uğraşı programları uygulanmakta ve yaşlı her türlü gereksinimini karşılamaktadır.

Yaşlılar köyü düşüncesi 1919 yılında ilk kez İskandinav ülkelerinde (Kopenhag'da) uygulanmaya başlanmıştır. 1920 yılında Londra'da yaşlılar köyü hizmete girmiştir. Bu köy Yaşlıların Refahını Sağlama Komitesince yönetilmiş ve hizmet verilmiştir. 1940 yılında yeni bir düzenleme ile eski yapılar yenilenmiş, çağın gereksinimlerine uygun hizmet anlayışı getirilmiştir. Aynı şekilde Kopenhag'da başlayan yaşlılar köyü, 1955 yılında modernleştirilmiştir. 1600 kapasiteli, "yaşlılar sitesi"ne dönüştürülmüştür. İsveç, İsviçre ve bazı ülkelerde yaşlılar köyü uygulamaları yürütülmektedir (Sevil, 2005:163).

2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım, kendi ev ortamında bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren ve bu alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetlerdir (Karahana, Güven, 2002: 155).

Gün geçtikçe artmakta olan yaşlı nüfus pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların en önemlilerinden biri yaşlı bireyin bakımının sağlanmasıdır. Yaşlı bakımı çok kapsamlı ve pahalı bir hizmettir. Günümüzde gelişmiş pek çok ülke sürekli artma eğilimi gösteren yaşlı nüfusun bakım masraflarını karşılamakta güçlük çektiklerini, özellikle 75 yaşın üzerindeki yaşlı bireylerin gereksinimlerini yeterince karşılayabilecek kaynaklardan yoksun olduklarını açıkça dile getirmektedirler (Karaca, 2003:25).

Kurum yaşamı geleneksel aile içinde saygın bir yeri, otoritesi olan yaşlı birey için kolay kabul edilebilir bir durum değildir. Kurum bakımının pek çok yaşlı için pahalı olması, bireylerin bildiği, hakim olduğu güvende hissettiği ev ortamını seçmesi, aile üyelerinin de kurum bakımını en son çare olarak tercih etmeleri, Türkiye'de evde bakım sisteminin olmaması, bakımın direk olarak aile üyelerine yüklenmesine sebep olduğu bilinmektedir (Akdemir 1997, Cimate 1998:118).

Her ne kadar yaşlılar kendi evlerinde ve kendi aile üyeleri tarafından bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmektedir. Önümüzdeki 25 yılda Türkiye'de 65 yaş üstü yaşlı nüfusu % 88 oranında artarken, çalışan nüfusun % 45 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Bu durum giderek azalan bir nüfus katmanının, giderek artan nüfusa bakması demektir (www.istabip.org.tr).

Evde bakım hizmetleri, hasta ve yaşlı ailelerine tıbbi ve bireysel gereksinimlerini günlük olarak karşılamak için resmi veya gayri resmi bakım veren kişiler tarafından verilmektedir. Gayri resmi bakım verenler genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer aile ve çevredeki yakınlardır. Resmi bakım verenler de evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşmaktadır.

Evinde yalnız yaşayan yaşlının günlük yaşamında ihtiyaç duyduğu hizmetler genel olarak yerel yönetim ve gönüllü kişiler tarafından verilmektedir. Evin günlük işlerinin yapılması hizmeti (home help), yemek servisi (meals on wheels), yaşlıların evinde ziyaret edilmesi hizmeti (visiting service) birlikte vakit geçirme, alış-veriş etme, gezme, tamir yapma hizmeti ve bunlardan başka evinde gündüz yalnız kalması sakıncalı görülen yaşlıların bakımının yapıldığı gündüz bakım evleri de (day care center) bulunmaktadır. Bunların dışında tatil yapma, günlük gezintiler ve eğlencelere katılma, kütüphane hizmetleri ve serbest zamanı kullanma etkinliklerinde yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar yardımcı olmaktadır (Koca, 1994:27).

Evde bakım çok geniş bir hizmet olduğundan farklı alanlarda, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar. Bu hizmetler:

- Ev işleri: Çamaşır, alışveriş, temizlik gibi işler,
- Kişisel bakım: Giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme,
- Evde öğün hazırlama: Yaşlıların evlerinde sıcak öğünler sunma, hafta sonu için dondurulmuş yiyeceklerle öğün gereksinimlerinin karşılanması,
- Kişisel Acil Müdahale: 24 saat acil yardım hizmeti,
- Bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işler: Pencerelerin temizliği, halıların yıkanması, buzdolabının temizlenmesi v.b. işler,
- Arkadaşlık: Haftalık olarak yaşlı ziyareti, ayak işlerini yapma, yazışma ve onlara arkadaş bulma imkânı sağlama,

- Ulaşım: Sağlık kontrollerine gitmesi için uygun ulaşım sürecinin sağlanması,
- Beslenme desteği,
- Finansal danışmanlık,
- Eğitim,
- Ruh sağlığı, ortopedi, nöroloji, rehabilitasyon, infüzyon, onkoloji, kadın-doğum, yaşlı, kardiyopulmoner ve yara bakımı gibi sağlıkla ilgili uygulamalar (Bielata, 2000; Güven, 2000; Özkan, 2000 ; Yılmaz, 2001: 18).

Evde bakım hizmetlerine, özellikle maddi boyutlarındaki artışa yönelik bazı eleştiriler olmasına rağmen, bu hizmetler giderek yaygınlaşmaktadır. Evde bakımın bu kadar çok tutulmasının altında yatan nedenler şöyle sıralanmaktadır:

- Evde bakım, hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere, kendi ortamında daha özgür yaşama imkânı sunmaktadır. Hastanın ya da bireyin ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir.
- Birey/hastanın daha saygın hissettiği bir ortamda, sevdikleriyle yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktadır.
- Ev ortamında bakımın kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır.
- Bireyin bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınması ile iş ve sosyal yaşantının kısıtlanma zorunluluğu ortadan kalkar ve bireylerin tükenmişlik yaşamaları engellenebilir.
- 24 saat ve hafta sonları hizmet sunma olanağı bulunmaktadır.
- Bireye ve aileye özgü olarak bakım planlanabilmektedir.
- Bireyin ve aile üyelerinin bakıma daha fazla katılmasını sağlamaktadır.

- Hastaneden erken taburcu edilerek evlerine gönderilen ve evde bakım hizmeti alan hastaların memnuniyeti, genel sağlık durumu, üç aylık mortalite ve hastaneye tekrar yatış hızı, genel sağlık düzeyi ve emisyonel durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Hastanede kalmak hasta için her zaman enfeksiyon kapma riskini taşımaktadır. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma ihtimali azalmaktadır. Uzun süreli bakım gerektiren hastaların bakımı evde daha kolaydır. Birçok hasta için evde bakımın hastaneyle kıyaslandığında maliyeti daha uygundur.
- Evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendi ortamında bakılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır.
- Yoğun bakım dahil, diyabet, astım ve kalp problemleri gibi pek çok durum için bakım olanağına sahiptir.
- Evde bakım hizmetleri ilaç kullanımı ve ilaca uyum sağlama gibi açılardan da yararlıdır (Yılmaz, 2001:25).

2.1.5. Diğer Yaşlı Hizmetleri

Diğer yaşlı bakım hizmetleri olarak yaşlı kulüpleri ve yaşlı dayanışma merkezleri ele alınacaktır.

2.1.5.1. Yaşlı Kulüpleri

Sağlıklı ve aktif yaşlıların bir bölümü gündüz boş zamanlarını nasıl değerlendireceklerini bilememektedir. Ev ortamından uzak, bir takım sosyal etkinliklerin yürütüldüğü gündüzlü kuruluşlar, yaşlıların sosyal, kültürel ve psikolojik gereksinimlerini karşılayabilmektedir ve yaşlı kulüpleri, yerel yönetimlerce organize edilip, hizmet verebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bunun pek çok örneği olup her mahallede, mahalle yaşlılarının kendi gayretleri veya bir dernek yoluyla "yaşlı kulüpleri" organize edilmektedir.

Yaşlı kulüpleri, çok yönlü hizmet sunabilen, bünyesinde kütüphane, oyun salonları, müzik ve konser çalışmaları, tiyatro ve diğer gösterilerin sergilenebileceği yerlerdir. Ayrıca yaşlılar bir araya gelerek, tüm gün sohbet ederek, sorunlarını tartışır, güncel olayları görüşür, toplumdan kopmamış olurlar (Sevil, 2005:154).

Türkiye'de; STK'ların, vakıf ve derneklerin ve özel kişilerin "yaşlı kulüpleri" hizmet modellerini uygulamaları kamu yararına bir hizmet olacaktır. Kurum bakımı sağlamakta olan bazı kuruluşlar, mevcut organizasyon içinde ek bir hizmetle yaşlı kulüpleri modelini uygulayabilirler. Böylece kurumdaki yaşlılarla evlerinde kalan yaşlılar arasında bir diyalog, işbirliği sağlanabilir.

2.1.5.2.Yaşlı Dayanışma Merkezleri

Yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacıyla yönelik olarak yaşlı dayanışma merkezleri açılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır.

2828 sayılı Kanunun 9.maddesinin j fıkrası gereği açılan bu merkezler yaşamını evde yalnız veya ailesi ile birlikte sürdüren yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmelerine yardımcı olmak, yaşam koşullarını iyileştirmek, günlük yaşamla ilgili etkinliklerine yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi olanakları ile karşılamakta güçlük çektikleri konularda destek hizmetleri vermek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırmak amacını gütmektedir.

Şu anda sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında destek hizmetleri veren gündüzlü hizmetler; yönerge doğrultusunda hizmet vermektedir. Evlerinde aileleri ile birlikte veya yalnız yaşayan 60 ve daha yukarı yaştaki kişilere sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında destek hizmetleri veren gündüzlü bir kuruluştur (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

Tablo 6: İllere Göre Yaşlı Dayanışma Merkezleri

	İli	Kuruluş Adı	Açılış Tarihi
1	ANKARA	Emek 75.Yıl Yaşlı Dayanışma Merkezi	02.07.1998
2	ANKARA	Kocatepe Yaşlı Dayanışma Merkezi	31.05.1999
3	ÇANAKKALE	Çanakkale Yaşlı Dayanışma Merkezi	27.07.1994
4	ESKİŞEHİR	Eskişehir Yaşlı Dayanışma Merkezi	25.08.2005
5	İZMİR	İzmir Nebahat Dolman Yaşlı Dayanışma Merkezi	19.03.1991

Kaynak: www.shcek.gov.tr:2007

Merkezlerde yaşlılara götürülen çok yönlü hizmetler şunlardır:

- Genel olarak yaşlıların talebi üzerine sosyal, sağlık, güvenlik ve hukuk konularında danışmanlık hizmeti,
 - Meşguliyet ve uğraşı çalışmaları,
 - Eğlence, gezi, spor etkinlikleri düzenleme,
 - Sanat ve kültür çalışmalar,
 - Görüşme ve sohbet için elverişli ortamların sağlanması,
 - Yaşamı bağlayacak çeşitli destek ve dostluk programları düzenleme
- 1997 yılında "Yaşlı Danışma Merkezi" adı ile başlatılan hizmet 1998 yılından itibaren "Yaşlı Dayanışma Merkezi" olarak değiştirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YAŞLILARIN BAKIMINA YÖNELİK BİR İŞLETME TÜRÜ OLARAK YAŞLI BAKIM MERKEZLERİNİN VE HUZUREVLERİNİN YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU

3.1. YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEP

Arz; üreticilerin satılmak üzere piyasaya getirdikleri mal veya hizmettir. Ekonomik birimlerin (üretici kişi ve kuruluşların) amaçları, üretim teknolojisi, fiyatlar genel düzeyi, öteki malların fiyatları ve benzeri unsurlarca belirlenen mal miktarıdır (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik Ekonomi Sözlüğü, 1999:28).

Türkay'a göre tek satıcı ile ilgili arz kavramı; bu satıcının belirli bir zaman birimi içinde değişik fiyat seviyelerinde söz konusu maldan satmaya hazır olduğu miktarı gösteren bir tablo ya da eğri demektir. Arz tablosunda ya da arz eğrisinde iki rakam dizisi söz konusudur. Malın değişik fiyatları ve bu fiyatların her birinden arz edilecek olan miktarlardır (Türkay, 1999:132).

Arz şedülü; belirli bir mal ya da hizmetin, öteki koşullar değişmemek üzere çeşitli fiyat düzeylerindeki arz miktarlarını gösteren tablodur ve arz eğrisi tabloda yer alan değerlerin birebir eşleştirilmesi suretiyle çizilir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:29).

3.1.1. Arz Kavramı ve Arz Esneklikleri

Arz eğrisi; arz edilen mal miktarlarıyla bu miktarlara karşılık gelen fiyatları birbirleriyle ilişkilendiren eğridir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:28).

Arz esnekliğinin incelenebilmesi için önce esneklik kavramı ele alınmalıdır. Esneklik; bir değişkenin diğer bir değişkende meydana gelen küçük bir yüzde değişme karşısında gösterdiği tepkinin derecesidir. Arz esnekliği; fiyatta meydana gelen değişmeler sonucunda arzın daha büyük oranda değişmeler göstermesidir. Fiyat değişmeleri sonucunda arzın bu değişikliklerden daha kk oranda değişme göstermesi durumuna da "esnek olmayan arz (inelastik arz)" ismi verilir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:110).

Arz esnekliği; fiyatta meydana gelen bir birimlik bir nisbi değişme karşısında arz miktarında meydana gelecek nisbi değişmeyi gösterir (Türkay, 1999:134).

Piyasa arzı; piyasada bulunan bütün satıcılar tarafından gerçekleştirilen bir mal ya da hizmet arzıdır (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:322).

3.1.1.1. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Arz

Avrupa'da kurumsal bakım hizmetlerine başvuruyu belirleyen çeşitli faktörler demografik değişim, sosyo-ekonomik faktörler ve yaşlıların kişisel durumu olup, bu talebi belirleyen etkenler olarak ön planda yer almaktadır.

Sosyal ve ekonomik statünün göstergesi niteliğinde olan eğitim durumu ve gelir seviyesi, tıbbi teknolojinin de etkisiyle nüfusun genel sağlık statüsünü yani özelde yaşlıların, genelde tüm halk kesimlerinin sağlık ve bakım hizmetlerinden ne lde yararlandıklarını belirlemektedir.

Kurumsal bakım hizmetlerine olan talebin temel faktörlerinden biri olan "ihtiyaç" ise demografik gelişmeler, evde bakım teknolojisinin ve yaşamsal düzenlemelerin gelişkinlik düzeyi ile bireylerin tercihleri çerçevesinde şekillenmektedir.

Buna paralel olarak, sosyo-ekonomik gelişmeler, demografik gelişmeler, kadın işgücünün kamusal alanda gittikçe kendine daha fazla yer bulması gibi etkenler, resmi veya gayri resmi bakım hizmetleri arzının belirleyeni durumundadır.

3.1.2. Talep Kavramı ve Talep Esneklikleri

Talep; yeterli satın alma gücü ile desteklenen arzu veya istektir. Hemen herkesin pek çok arzu ya da isteği vardır. Buna karşılık isteklerinin tümünü karşılayabilen kişi sayısı çok fazla değildir. Bir kişinin herhangi bir malı elde etmek için açıkladığı istek veya özlem ne kadar şiddetli olursa olsun, eğer bu istek "yeterli miktarda satın alma gücü" ile desteklenmezse, ekonomik anlamda talep sayılmaz (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:381).

Efektif talep; bir ekonomide çeşitli mal ve hizmetleri satın almak için fiilen harcanmış tutar ya da aynı anlama gelmek üzere satın alma gücüyle desteklenmiş dolayısıyla ekonomik bakımdan anlam taşıyan taleptir. İktisatta talep denildiğinde genellikle efektif talep anlaşılmaktadır (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:98).

Talep şedülü; bir malın değişik fiyatları karşısında, alıcıların o maldan satın almak isteyecekleri miktarları gösteren ve o mala karşı talebin genel yapısını ve özelliklerini açıklayan kavramdır. Fiyatı belirleyen bir güç olarak talepten söz edildiği zaman; talebin genel özelliklerini ifade eden talep şedülü anlaşılır. Talebin genel özellikleri ise; çeşitli fiyatlar karşısında alıcıların talep miktarlarını ne yönde ve ne oranda değiştireceklerini ve fiyat değişiklikleri karşısında talep miktarındaki değişmelerin ne yönde olacağıdır (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:384-385).

Talep eğrisi; fiyat değişmeleri karşısında talep miktarının ne yönde değişeceğini gösteren talep şedülünün, diyagram üzerine geçirilmesi ile elde edilen eğridir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999: 381).

Piyasa talebi; piyasada yer alan tüketiciler tarafından bir mal veya hizmete yönelen toplam taleptir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:323).

Piyasa talep eğrisi; bir malın bütün alıcılarının malın değişik fiyat seviyelerinin her birinde o maldan; zaman birim başına, satın almaya hazır oldukları toplam miktarı gösteren bir eğridir (Türkay, 1999:53).

Talep fonksiyonu; bir maldan satın almak istenen miktar ile bu miktarı belirleyen faktörler arasındaki fonksiyonel ilişkidir. Talep miktarını belirleyen başlıca faktörler aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:383-384);

a) Malın fiyatı; bir malın talebi her şeyden önce malın fiyatına bağlıdır. Talep kanununa göre genellikle bir malın fiyatı ile talebi arasında ters yönlü ilişki vardır. Fiyat yükseldikçe talep miktarı azalır, fiyat düştükçe talep miktarı artar.

b) Talebi etkileyen bir diğer faktör gelir seviyesidir. Gelir seviyesi ile talep miktarı arasındaki ilişki doğrusaldır.

c) Tüketicinin zevk ve tercihleri, talep miktarını etkileyen bir başka faktördür.

d) Diğer malların fiyatları da talep seviyesini etkiler. Talep edilen malı ikame edebilen malların fiyatlarındaki düşme, asıl malın talebini azaltırken, rakip mallarındaki yükselme, asıl malın talebini artırır. Talep edilen mal ile birlikte kullanılması gereken malların (tamamlayıcı malların) fiyatlarıyla asıl malın talep miktarları arasındaki ilişki ters yönlüdür. Tamamlayıcı mallardan birinin fiyatındaki yükselme asıl malın talebini azaltırken, fiyattaki düşme, asıl malın talebini artırır.

e) Talep yapısına etki eden bir diğer faktör gelir dağılımıdır.

f) Nüfusun büyüklüğü ve yapısı da talep seviyesi üzerinde etkili olur.

Talep esnekliği; talep miktarında meydana gelen nisbi değişimin, fiyatta meydana gelen nisbi değişmeye oranıdır. Talep miktarı ile fiyat arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Fiyatta meydana gelen değişiklikler, talep miktarı üzerinde değişiklik yarattığı için bu esneklik talebin fiyat esnekliği olarak adlandırılır (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:382-383).

Talep esnekliği kavramı veya talep esnekliği katsayısı; aynı talep eğrisi için, malın fiyatında meydana gelecek bir birimlik bir nisbi değişme yüzünden talep miktarında kaç birimlik bir nisbi değişme olacağını gösterir. Nisbi değişmeyi, genellikle yapıldığı gibi, yüzde değişme olarak alırsak talep esnekliği katsayısı malın fiyatında yüzde birlik bir değişme olduğunda maldan talep edilecek miktarda yüzde kaçlık bir değişme olacağını gösterecektir (Türkay, 1999:61-62).

3.1.2.1. Huzurevlerine Talep Nedenleri

Yaşlıların kurum bakımı demek olan huzurevlerini talep etmeleri birçok nedene bağlıdır. Yapılan çeşitli inceleme, araştırma ve gözlemlere göre huzurevlerine talep nedenleri şunlar olabilir (Sevil, 2005:143-148):

- Kimsesizlik ve yalnızlık: Ekonomik yönden yetersiz, kimsesiz ve yalnız yaşlılar, yardım, bakım ve korunma için kamu kurumlarına bağlı yaşlı bakım yurtlarına (huzurevlerine) başvurmaktadır. Yerel yöneticiler (vali, kaymakam) bu talepleri SHÇEK İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne iletmekte ve istekler karşılanmaya çalışılmaktadır.

Varlıklı, kimsesiz ve yalnız yaşlılar, daha çok vakıf, dernek veya özel kişilere ait huzurevlerine başvurmaktadır. Bu yaşlıların bir kısmı, bağışta bulunarak, gelirlerinin bir miktarını vererek huzurevinde kalmaktadır. Türkiye Kızılay Derneği, Akçakoca Yaşlı Konukevi bunun bir örneğidir. Derneğe bağış yapan (taşınır, taşınmaz) yakınları yanında kalmak istemeyen veya kimsesiz yaşlılar burada kalmaktadır.

- Eşini kaybetme: Eşlerden birinin ölümü, huzurevine girme nedenleri arasında başta gelmektedir.

- Ekonomik nedenler: Hiçbir sosyal güvencesi ve geliri olmayan yaşlılar, devletin bakım ve yardımına gereksinim duymakta ve huzurevlerine başvurmaktadır. Bir başka ekonomik neden de, sosyal güvencesi olup da huzurevlerine girmiş varlıklı veya belli bir geliri olan yaşlılara, yakınları tekrar bakmaya talip olmakta, onun gelirini, kendi aile bütçesine eklemeyi düşünebilmektedir.

- Sosyal nedenler: Sanayileşme ve kentleşme olgusu sonucu, değişen aile yapısında yaşlının yeri kalmamıştır. Ana-baba işte, çocuk kreşte, yaşlı da artık huzurevindedir. Çekirdek aile, yaşlısı ile birlikte yaşamını sürdürmek istememektedir.

- Kuşak çatışması: Yaşlının inançları ve değer yargıları ile çocukların, gençlerin değerleri, inançları birbirine uyuşmadığı için, aynı ailede başlayan kuşaklararası çatışma nedeniyle huzurevlerine giren yaşlılar vardır.
- Psikolojik nedenler: Yaşlı, yıllar geçtikçe yakınlarına, çevresine yük olmaya başladığını düşünmektedir. Kendisine gerekli saygının gösterilmediği, kendisiyle ilgilenilmediği duygusuna kapılmaktadır. Yaşlılık psikolojisine bağlı olarak, daha çok ilgi ve yakınlık bekleme, sohbet etme, konuşma arzusu, "ben de varım", "beni de hesaba katın" düşüncesi yerleşip, yaşlı bunları bulamayınca, evin dışında bir yer aramaya ve huzurevine gitmeye karar vermektedir.
- Sağlık sorunları: Huzurevlerine, yönetmelik hükümlerine göre, kendi kendine bakabilecek ve sağlığı yerinde olan herhangi bir zararlı alışkanlığı olmayan yaşlılar kabul edilirler. Kendi işini görebildiği halde, sürekli ilaç alma, diyet yapma zorunda kalan yaşlılar, kendileriyle ilgilenecek kimseleri de yoksa huzurevlerine girmek isterler. Ayrıca huzurevlerinin sağlık bakımını, hemşirelik hizmetlerini de düşünerek, kendisini güvenceye almak isteyen yaşlıların huzurevlerine girdikleri anket sonuçlarından anlaşılmaktadır.
- Şiddete ve tacize maruz kalma: Çevrede ve yakınlarında yaşlıya karşı tacizde bulunma ve şiddet kullanma gibi nedenler, az da olsa yaşlının huzurevine girmesine neden olabilmektedir.

3.2. PİYASA DENGESİ

Hizmet sektörü; ekonominin fiziksel varlığı olmayan ve tüketiciler veya sanayi tarafından üretildiği anda tüketilen iktisadi malların üretildiği sektördür. Hizmet sektöründeki üretim kişi ya da kuruluşlarca gerçekleştirilebilir (Dünya Gazetesi, Ansiklopedik ekonomi sözlüğü, 1999:153).

Yaşlı bakım hizmetleri evde bakım hizmetleri olarak düşünüldüğünde kişiler tarafından üretilen bir hizmet alanı olurken, kurum bakımı ve diğer hizmetler ele alındığında ise kuruluşlarca üretilen hizmetler grubuna girmektedir.

Piyasa; alıcı ve satıcıları karşı karşıya getiren, alışveriş gerçekleştirmelerini sağlayan her türlü imkândır (Türkay, 1999:139).

Bir malın piyasasının dengede olması hem alıcıların hem de satıcıların planlarının aynen gerçekleşmesi demektir. Satıcılar, belli şartlarda, satmak istedikleri kadar satmakta, alıcılar aynı şekilde almak istedikleri kadar almaktadırlar. Şartlar değişmedikçe satılan miktar değişmez, malın fiyatı değişmez. Piyasa dengede olduğu zaman gerçekleşmiş olan fiyata denge fiyatı, bu fiyattan satılan miktara da denge miktarı adı verilir (Türkay, 1999:139).

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞLETMELERİ

İşletme; kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir biçimde bir araya getirerek, ekonomik mal ve hizmet üretmek ve/veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluştur (Can, Tuncer, Ayhan, 1994:16).

Ekonomik hayatın temel unsurları olan işletmeler; mal ve hizmetleri üreterek insanların ihtiyaçlarını karşılarlar ve sahiplerine kar sağlarlar. Pazara dayalı ekonomilerde işletmenin temel ana amacı genellikle kar olmakla beraber, satışları arttırmak sosyal sorumluluğa önem vermek, ününü, toplum içinde prestij ve saygınlığını arttırmak gibi amaçlar bazen ön plana çıkar. Genel olarak bir işletme belirli bir büyüklüğe ulaştıktan sonra kar sağlama amacı yanında bu tür amaçlar önem kazanır (Mucuk, 2001:3).

Hizmet üreten ve maddi-beşeri unsurlardan oluşan sağlık işletmeleri tanımı içinde yer alan işletme unsuru, hem işleri görmekle ilgili fiil ve hareketleri, hem de bu fiil ve hareketleri yapmak üzere oluşturulan organizasyonu ifade etmektedir (Kural, 2001:40).

Sağlık hizmet sektörü; genel olarak insan yaşam kalitesinin geliştirilmesine hizmet eden bir sektördür. Yaşam kalitesi toplumu oluşturan insanların sağlıklı olmasıyla ilişkilidir. Sağlık işletmeleri de bu çerçevede, yukarıda yapılan alıntılardan da hareketle, toplumu oluşturan nüfusun yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen, ihtiyaç sahibi yaşlı, düşkün, hasta, bakıma muhtaç kimseler için hizmet üreten kuruluşlardır şeklinde tanımlanabilir (Kural, 2001:41).

Sağlık işletmelerinde sunulacak çağdaş sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlayan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisine (Alma-Ata Bildirisi) ve WHO tarafından yürütülen "2000 Yılında Herkese Sağlık" programına göre, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Hükümetlerin sağlık hizmetlerinde belirli bir seviyeyi tutturacak etkin mekanizmaları kurmaları gerekmektedir (Öztek, 1995:39). Buradan da sağlık hizmetlerinin kalitesinin sağlanması ve korunmasında birincil faktörün "yönetim" olduğu çıkarılabilir. Sağlık işletmelerinin yönetimi, daha doğrusu yönetim konusunda modern bir sistem kurulması, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanları memnun etmek açısından önem taşımaktadır (Kural, 2001:41).

Günümüzde de yönetim kavramı daha çok hizmet ve mal üreten işletmeler bazında kullanılan bir terimdir. Bir işletmenin amacına ulaşması için Henri Fayol tarafından geliştirilen "yönetim süreci yaklaşımı", sırasıyla planlama, örgütleme, yöneltme (yürütme), koordinasyon ve denetim (kontrol) aşamaları, yönetici kadrolar tarafından geliştirilmek ve uygulanmak zorundadır (Kural, 2001:45).

Sağlık hizmetleri yönetimi ise yukarıda belirtilen yönetim anlayışı çerçevesinde şu şekilde tanımlanabilir; "Bireylere, topluma ya da kurumlara, sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için yapılacak işleri ve kullanılacak kaynakları ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda, planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmek." (Comission on Education for Health Administration, 1975'ten aktaran Hayran, 1998:114).

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan sağlığı konusunda olduğu kadar sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlarda da bilgi ve deneyim sahibi olmayı gerektirdiği için disiplinler arası bir alandır (Hayran, 1998:143).

3.3.1. İşletme Olarak Sağlık İşletmeleri ve Huzurevlerinin Farkı

Türkiye'de sağlık işletmeleri ve sağlık hizmetleri sunumu iki farklı biçimde örgütlenmiş bulunmaktadır: Sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak doktorun çalıştığı sağlık ocakları 1. basamak sağlık hizmetleri ve 2. basamak yataklı tedavi hizmetleridir (Çoruh, 1995:23). Türkiye'de 1. basamak sağlık hizmetleri veren poliklinik, dispanser, sağlık evi ve ocakları gibi işletmeler halktan beklenen ilgiyi görememekte, her türlü sağlık ihtiyacı için 2. basamak sağlık hizmeti veren hastaneler tercih edilmektedir (Kural, 2001:41).

Bu tip sağlık işletmeleriyle huzurevleri arasında fark, sunulan hizmetlerin niteliğinden ve hedeflenen "fayda" unsurundan kaynaklanmaktadır. Sağlık işletmeleri yaşlılara ya da ihtiyaacı olan herkese her turlu sağlık hizmetini verirken, huzurevleri sağlık hizmetlerinden ziyade bakıma ihtiyaacı olan bakacak kimsesi olmayan ya da kurumsal bakımı tercih eden yaşlı kişilerin başvurdukları çok daha kapsamlı bir hizmet turu sunmaktadır. Özellikle Batı Avrupa ve ABD'de farklı ihtiyaçlara hitap eden farklı kurumsal yapılar şeklinde örgutlenen bu hizmetler (daha önce belirtildiği gibi; in-home care services, day-care centres, v.b.), sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerden farklı olarak yaşlılara turlu sosyal aktivite imkânı sağlayan ve bakım hizmeti veren kurumlar olarak ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de ise huzurevleri, şefkatevi, yaşlı bakımevleri gibi farklı isimlerle de olsa aynı içerikle barınma, beslenme ve sağlık hizmetlerini yaşlılara sunmaktadırlar (Kural, 2001:42).

Sağlık işletmelerinde yaşlıların fizyolojik ve psikolojik bakımdan bütünlüğu gözetilirken, huzurevleri buna sosyal açıdan farklı bir boyut getirmektedir. Toplumsal anlamda yaşlı kişilerin bir arada bulunarak benzer sorunları paylaşan kişiler olarak birbirlerine destek olmaları olumlu bir özellik olarak değerlendirilirken; yaşlıların toplumdan ve diğer yaş gurubundaki insanlardan soyutlanması, tek bir mekân içinde, kendi içlerine kapalı biçimde yaşamaya itilmeleri, huzurevlerinin yaşlıların sadece barınma, beslenme gibi temel ihtiyaçlarını karşılayarak onlara ölüm öncesi bir barınak sunmaktan öteye gidememesi, eleştiri konusu olabilmektedir (Kızılışık, 2001:56). Yaşlılarda yaşam kalitesini arttırmanın ana hedef olması gerektiğini söyleyen uzmanlar, bu tip kurumlarda ruhsal sağlıkla ilgili hizmetlerin arttırılması gerektiği konusunda hemfikirdirler.

Sağlık işletmeleri yaşlının her türlü ihtiyacını ve ruhsal durumunu düşünmek zorunda değildir. Kar amacı güden fakat bunun yanında belirli bir toplumsal işlevi de yerine getirmek zorunda olan bu işletmeler, kar amacı gütmeyen belediyelere ve SHÇEK'e bağlı huzurevleri ve kar amacı güden özel huzurevlerine nazaran daha dar kapsamlı, sadece sağlık hizmetleriyle sınırlı bir fonksiyona sahiptirler. Huzurevleri ise barınma, beslenme dâhil olmak üzere yaşlının tüm fizyolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olan kurumlardır (Kural, 2001:42).

3.3.2. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile Huzurevlerinin İlişkisi

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile 1983 yılında kurulan SHÇEK faaliyetlerini Başbakanlığa bağlı olarak sürdüren bir kurumdur. Ekonomik ve sosyal yoksunlukları nedeniyle korunmaya ve desteklenmeye ihtiyacı olan yaşlı, çocuk, özürlü kişi ve ailelere gündüzlü ve yatılı kuruluşlar da hizmet götürmektedir. 80 ilde İl Müdürlükleri ve buna bağlı kuruluşları bulunan SHÇEK tüm yurt çapında 69 huzurevi, 67 yaşlı ve çocuk rehabilitasyon merkezi, 5 yaşlı danışma merkezi ve 1 yaşlılar gündüzlü bakım merkezi ile Türkiye'deki en büyük kamu sosyal hizmet kuruluşu konumundadır (www.shcek.gov.tr/hizmetler).

3.4. HUZUREVLERİNDE ORGANİZASYON

Huzurevleri organizasyonunu Türkiye bazında ele alınacaktır.

3.4.1. Türkiye'de Huzurevleri Organizasyonu

Organizasyon, işin bölünebildiği ve daha sonra yeniden koordine olabilen alt işlerin toplam sayısı olarak tanımlanabilir (Eren, 1998:339). İşin yapılacak daha alt işlere bölünmesi ve bu alt işlerin koordinasyonu, organizasyonun temel mantığını oluşturur. Yapılması gereken işleri hızlandıran, bireysel ve sosyal değerlerden oluşan bu yapı, bireylerin bir arada çalışırken kendi aralarındaki etkileşimin sınırlarını oluşturur (Kural, 2001:48).

Türkiye'de tüm huzurevlerini temsil eden tek bir organizasyon yapısı göstermek mümkün değildir. Yine de genel olarak temel yapıları ve fonksiyonel birimleri ile huzurevleri organizasyon yapısı birbirine benzerdir denilebilir (Kural, 2001:49).

Türkiye'de huzurevleri organizasyonunda, ilgili yasalar gereği mali işler için gerekli kılanan komisyon ve kurulların dışında, "koordinasyon ve değerlendirme kurulu" ile "sosyal servis" bulunmaktadır. Koordinasyon ve değerlendirme kurulu; müdür, sosyal hizmet uzmanı, tabip, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşireden oluşmaktadır. Bu kurul, müdürün başkanlığında ayda bir kez toplanır. Koordinasyon ve değerlendirme kurulu, huzurevinin genel yönetimi, faaliyetlerin planlanması, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, kurum çalışanları arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlama gibi görevlerden sorumludur (Ballar, 1988:25). 1987 yılında 19422 sayı ile resmi gazetede yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliğin 9. maddesinde huzurevi personelinin nitelik, nicelik ve sorumlulukları belirtilmiştir (www.shcek.gov.tr/Kurumsal_Bilgi).

Sosyal Servis ise, sosyal hizmet uzmanları ve psikologdan oluşmaktadır. Bu servis, yaşlıların huzurevine kabulü, bakım ve korunması, yaşlılar için psiko-sosyal programlar hazırlanması, yaşlı kişinin yakını ve akrabalarıyla ilişkilerinin sağlanması, hukuki sorunların çözülmesi ve gönüllü kuruluşlarla işbirliğinin sağlanması gibi işlevlere sahiptir (Kural, 2001:49).

3.5. HUZUREVLERİNDE MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ

Müşteri ilişkileri, günümüzde satış ve pazarlama stratejilerinin temelini oluşturan bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Müşteri odaklı yaklaşım ve müşteri tatmini gibi kavramlar bu anlamda önem kazanmaktadır.

Huzurevleri yöneticiliği de bu genel eğilim doğrultusunda müşteri odaklılık ve müşteri memnuniyeti üzerinde yoğunlaşarak, huzurevi müşterilerinin ihtiyaçları doğrultusunda bir yaklaşımla yeni bir yöneticilik anlayışı geliştirmek zorundadır. Demokrasi ve öz yönetim anlayışlarının temel alınacağı böyle bir yaklaşım, yaşlıların fiziksel ve ruhsal bütünlüklerini korumayı, yaşam standartlarını iyileştirmeyi ve onları toplumdan dışlamadan, niteliklerinden yararlanarak kendilerini topluma yararlı bireyler olarak görmelerini sağlayıcı özellikler taşımalıdır.

Müşteri, belirli bir mağaza, işletme ya da kuruluştan düzenli alışveriş yapan kişi veya kuruluşlar olarak tanımlanabilir (Odabaşı, 1997:3). Fakat özellikle son yirmi yıl içinde globalleşmeye koşut olarak üretimin ve tüketimin niteliğinde görülen değişim yani üretimin global pazarlar için yapılması ve ürünleri tüketecek kişilerin dünyanın dört bir yanından olma ihtimali, müşteri kavramının anlamını radikal biçimde değiştirmiştir. Artık müşteri "herkes"tir. Gelişen teknoloji, internet ticareti (e-ticaret) v.b. müşteri tanımının kapsamını genişletmiş, işletmelerin müşteri hedef kitleleri bir anda dünyadaki herkes olmuştur (Kural, 2001:52).

Müşteri tanımı çerçevesinde müşteri ilişkileri, işletme ile müşteri arasında kurulan ilişkiler olarak düşünülebilir. Bu ilişkiler, mal veya hizmetin satışının öncesinde başlayıp, satışla süren ve satış sonrası tüm eylemleri de kapsayan, karşılıklı fayda esasına ve ihtiyaç tatminine yönelik bir süreci ifade etmektedir. Müşteri ilişkileri her iki tarafın da kazandığı bir davranış biçimi olarak düşünülmek zorundadır. "Tatmin olmuş bir müşterinin değerini kim biçebilir; tatmin olmamış bir müşterinin maliyetini kim hesaplayabilir?" sözüyle kalitenin babası sayılan Dr. W. Edward Deming, müşteri ilişkilerinde tatmin unsurunun özellikle hizmet ya da mal sağlayıcı taraf açısından önemine değinmektedir (Yılmaztürk, 2001:37).

Günümüzde müşteri açısından alternatiflerin çokluğu ile hizmet ve ürün kalitesinin rekabet koşullarında vardığı nokta, müşteriyi ürünün ya da hizmetin bir şekilde satılması gerektiği kişi konumundan çıkarıp, daha süreklilik zeminine oturtan, müşterinin tatmini ve beklentilerini karşılayan bir durumdur. Artık müşteri ilişkilerinde ana amaç müşteri tatmini ve bağlılığı yaratmaktır denilebilir (Odabaşı, 1997:4). Müşteri bağlılığı temel olarak ürün ya da hizmeti aynı tedarikçiden almaya devam etmek olarak tanımlanmaktadır. Fakat asıl tanımlama, iş ilişkilerinin etkin bir biçimde sürdürülmesi ve geliştirilmesi için müşterinin tedarikçiyi herhangi potansiyel bir müşteriye tavsiye etmesidir (KalDer, 2000:14). İş hayatının sürekli bir risk unsurunu barındırması, geleceğe yönelik bir belirsizliğin her zaman var olması, müşterilerle sağlam ve gelişmiş iyi ilişkilerin oluşturulması zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Böyle bir amaca ise ancak müşteri ilişkilerinin yönetimi ve işi doğru olarak yapmanın sonucunda ulaşılabilmektedir (Kural, 2001:52).

Müşteri ilişkileri, liderlik, çalışanlarla ilişkiler, kuruluş verimliliği ve müşteri tatmini; kalite unsurunun işletmelerde yerleştirilmesi açısından önemli faktörler olarak işletmeler tarafından eskisinden çok daha ciddiyetle dikkate alınmaktadır. Tez konusu açısından müşteri ilişkileri ve kalite olgusuna bakıldığında ise, huzurevi yönetimlerinde özellikle de kamuya ait huzurevlerinin yönetiminde kalite unsurunun göz ardı edildiği, müşteriye yaklaşımın müşteri tatmininden çok uzak olduğu görülmektedir. Bu bakımdan gittikçe yaygınlaşan özel huzurevleri, devlet ve belediyeler tarafından yönetilen huzurevlerine örnek teşkil edecek seviyede müşteri ilişkilerine önem vermekte ve farklı bir görüntü çizmektedirler. Öte yandan muhtaç ve güçsüz yaşlı kişilerin sadece para ödedikleri takdirde iyi bir bakım hizmeti ve yaşama koşullarına kavuşabilmeleri, toplumsal ve ahlaki açıdan piyasa ekonomisinin rasyonalitesini sorgulanabilir kılmaktadır (Kural, 2001:53).

Huzurevi müşterisinin kurumsal bakımdan beklentilerinin, bireyin toplumsal, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda, genç yahut orta yaşlı bir kişinin normal yaşamdan beklentisinden çok da farklı olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Yaşlılığın kaçınılmaz bir biyolojik süreç olduğu düşünülürse, zinde bir yaşlanma için gerekli unsurların yaşlanma sürecini etkileyeceği açıktır. Sağlıklı bir yaşam, ruh sağlığının korunması, kişinin yaşamındaki anlam arayışının olumlu biçimde sonuçlanması, geleceğe dair planlarının onu hayata bağlaması, bilişsel (cognitive) faaliyetlerini yürütebilecek kapasitede olması ve tüm bunlara ilaveten toplumsal anlamda çevresinden destek görmesi, bireyi yaşlanırken genç tutacak temel unsurlardır. Bu çerçevede kurumsal bakım hizmeti alan yaşlı kişilerin huzurevlerinden beklentileri de, zinde yaşlanma unsurlarını onlara sağlayabilecek kapasite ve yapıda bir kurum etrafında odaklanmaktadır. Tezde çeşitli huzurevlerinde kalan 260 yaşlı üzerinde yapılan araştırma sonucunda yaşlıların huzurevi yönetiminden beklentileri, kurum hizmetlerinin yeterlilik değerlendirmesinden ve "huzurevi müdürü siz olsa idiniz neler yapardınız?" sorusuna verilen cevaplardan anlaşılmaktadır.

3.5.1. Huzurevi Müşterisinin Sorunlarına Çözüm Getirecek Personelin Eğitimi

Huzurevi müşterisinin aldığı hizmetin kalitesi, hizmeti sunan personelin niteliğiyle birebir örtüşmektedir. Bugün pek çok kurumda görülen, hizmet öncesi eğitim seminerleri, kurslar ve staj dönemlerinin amacı; personelin çalışmaya başlamadan önce, vereceği hizmet konusunda bilgi ve tecrübe kazanmasıdır.

Huzurevleri de doğrudan insan yaşamı ve kalitesi ile ilgili kurumlar olarak konusunda eğitim görmüş, uzmanlaşmış personel tarafından işletilmelidir. Bir huzurevinde yöneticilik yapabilmek ya da görev alabilmek için gerekli eğitimin şart koşulması veya bu eğitimin bizzat kurum bünyesinde karşılanması gerekmektedir. Yaşlı psikolojisi konusunda eğitim almış hemşire ve bakıcıların huzurevlerinde tercih edilmesi de, huzurevinde gündelik yaşamı kolaylaştıracak bir faktör olabilir. Aynı şekilde huzurevi yöneticilerinin kurumsal yönetim ve işletmecilikle ilgili gerekli donanıma sahip, uzman kişiler olması, huzurevi müşterilerinin sorunlarına çözüm üretme konusunda önemli bir belirleyendir (Kural, 2001:59).

3.6. ÜLKELERE GÖRE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Almanya, İtalya, Danimarka, Hollanda, İsveç, İrlanda, Japonya ve Kore’de yaşlılara sunulan geriatri hizmetleri aşağıda ayrıntılı olarak incelenmiştir.

3.6.1. Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de 1935 yılında kabul edilen Sosyal Güvenlik Yasası ile birlikte yaşlılara yardım etmeyi amaçlayan geniş ölçekli kültürel ve sosyal çalışmalar başlatılmıştır (Achenbaum, 1979:90).

ABD’de yaşlı nüfus demografisi 1900’lerden günümüze önemli bir değişim geçirmiştir. 1900’de ABD’de sadece 3.1 milyon yaşlı insan varken her 25 Amerikalıdan biri, 1990’da bu rakam 31.1 milyona ulaşmıştır ve yaklaşık her sekiz kişiden biri, 2050 yılında yaşlı nüfus sayısının 79 milyona yükseleceği ve her beş Amerikalıdan birinin yaşlı olacağı tahmin edilmektedir. ABD’de de nüfusun en hızlı artan kesimini 85 yaş ve üzerindeki grup oluşturmaktadır (Craig, 1999:594).

ABD'de 1950 yılında 65+ yaş grubunda işgücüne katılım oranı yaklaşık %27 iken, bu oran 1987 yılında %11'e düşmüştür. ABD bu durumda olan tek ülke değildir. Diğer sanayileşmiş ülkelerde de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması yanında, işgücüne katılımının da düştüğü görülmektedir. Yaşlı nüfusa sahip gelişmiş ülkeler yeterli işgücü arzına sahip değildirler. ABD' de nüfusun yaşlanmaya başlaması ile 1970'li yılların sonundan itibaren "yaşlı nüfusun desteklenmesinde ekonominin yeterliliği" kavramı üzerinde durulduğu görülmektedir. Bu kavram özellikle sosyal güvenlik fonlarında yaşanan krizler, işsizlik ve enflasyon oranındaki artış nedeni ile önem kazanmıştır (Kuzgun, 2002:38).

2030 yılında, sağlık ve insan kaynaklarının ABD bölümüne göre ABD'deki yaşlı ve yetersiz (sakat) nüfustaki artış sosyal bakım servislerinde, evde ve kurumlardaki uzun dönemli bakımlardaki oranda yükselme yönünde bir talep ortaya çıkaracaktır. ABD'deki 65 yaş ve üzeri bugün %12 olan nüfus oranı 2050'de %21'e ulaşacak. 2002 bütçe ofisine göre bunun da kaynağı sadece yaşlı nüfusun artışı ile ilgili değil aynı zamanda uzun yaşam beklentisinin artışı ile de ilgilidir. Hastanede kalış süresinin azalması veya hastane dışı sağlık bakım teknolojisindeki ilerlemeler hastane dışı evde bakım veya kurum bakımının talebindeki artışa neden olmuştur. Spillman ve Lubitz'e (Spillman, Lubitz, 2003) göre 2002'de 1.5 milyar civarında vatandaş bakımevlerinde yaşamaktadır. ABD'de evde bakım oranı 1986 ve 1993 yılları arasında %37,4'den %40,5'e yükselmiştir. Bu da 65 yaş için önümüzdeki 20 yıl içinde bu oranın %45'e ulaşacağı yönünde tahmin edilmesine neden olmaktadır (www.futurehealth.ucsf.edu/geria).

Martini, Garrett, Lindquist ve Ihsam; klinik düzeyde ve bütün toplam olarak önümüzdeki 5 yılda ABD'deki yaşlı nüfusa bağlı sağlık bakım maliyetlerinin toplam maliyetlere etkisinin ne olacağı ile ilgili çalışma yapmıştır. Önümüzdeki yıllarda sağlık bakım maliyetleri yükselecektir. Bu daha çok 2. dünya savaşından sonra 1946 ve 1964 yılları arasında doğan 74 milyon bebekle ilgilidir (baby boom olması nedeniyle konu sık işleniyor). Son zamanlardaki sağlık bakım maliyetlerinin yükselmesinin nüfus yaşlanması ile ilgili olduğu belirtilirken, bu baby boom da doğan çocukların şu andaki yaşları 42-60 yaş arasındadır. Yaşlılık nedeniyle toplam maliyetlerin yükselmesinde yaşlıların sağlık sorunlarının artmasının mı yoksa yaşlılık süresinin uzatılmasının mı daha çok maliyet içerdiği henüz bilinmemektedir (Martini, Garrett, Lindquist, Ihsam, 2006:1-14).

1992'den 2030'a kadar ABD sağlık maliyetleri ile ilgili yapılan çalışmada nüfus yaşlanmasının ortaya çıkaracağı sağlık maliyetlerinde yıllık 0,5 bir artış olacağı görülmüştür. Son zamanlarda yapılan bir araştırmada da 2000'den 2030'a kadar yaşlanma nedeniyle sağlık maliyetlerinde yıllık 0,6 toplamda da %20 bir artış olacağı görülmüştür (Martini, Garrett, Lindquist, Ihsam, 2006:1-14).

Bugünkü ABD nüfusunun %13'ü 65 yaş ve üstüdür. ABD'de bugün için sağlık bakım hizmetlerine 1,4 trilyon dolar harcanmaktadır. Bunun %31'i yaşlılar için harcanmasına rağmen ABD'de asıl sağlık harcama tüketicileri yatan hastalardır. Hem yaşlı sayısının artışı hem de yaşlanmanın artışı nedeniyle hastaneler bunların özel ihtiyaçlarını daha verimli karşılamak için hazırlık yapmak zorundadır. Hastanede kalış süresince bunların çoklu ihtiyaçlarının karşılanmasındaki başarısızlığın sonucu olarak yaşlı hastalar, yüksek negatif sağlık sonuçları ile karşılaşmakta ve fonksiyonel durumları azalmaktadır. Aynı zamanda hastanelerin kaynaklarının sınırlı kullanımı ve hastanede kalış süresinin azalması yaşlı insanların tekrar tekrar hastaneye gelmesindeki baskıyı arttırmaktadır (Jayadevappa, Chhatre, VVeiner, Raziano, 2006:186-191).

ABD'de yaşlı kişiler için farklı yaşam biçimi imkanları sunulmaktadır. Day centers denilen Türkiye'deki kreşlere benzeyen, yaşlıların sadece gündüzleri bakıldıkları merkezler, "retirement communities" denilen emekli dernek ve toplulukları, life center denilen, yaşlı insanların toplumdan ve diğer yaş grubundaki insanlardan yalıtılmadan, onlarla beraber yaşadıkları, masrafları, ev işlerini v.b. bölüştükleri yaşam merkezleri ve community services denilen, evlere yemek servisi, ulaşım, kültürel hizmetler gibi pek çok çeşidi olan toplumsal hizmetler bu alternatifler içinde yer almaktadır (Craig, Grace, 1999:121-129).

ABD kategorileri incelendiğinde; (Güngör, 2002:30-31)

- Bağımsız emeklilik evleri (Independent retirement housing).
- Toparlayıcı evler (Congregate housing).
- Kişisel bakım evleri (Personal care housing).
- Özel bakım evleri (Skilled nursing homes).
- Yaşam boyu bakım topluluğu (Life care community).

ABD' de aileler evde tüm bakımın % 80'ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12.8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2.4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90'ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır. İspanya'da evde bakım hizmetlerinden 14 milyon insan yararlanmaktadır. İngiltere'de ise yaşlıların 1/6'sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir (www.indhomecare.org).

ABD'de yaşlılara yönelik çeşitli programlar üretilmektedir. Bu programlardan üçü aşağıda yer almaktadır (Biçer, 2002:106).

- Koruyucu büyükanne ve büyükbabalık programı
- Yaşlıya arkadaşlık programı (Senior Companion)
- Emekli ve Yaşlılara Gönüllü hizmetler programı (Retired Senior Voluntary Program)

3.6.2. İngiltere

İngiltere'de yaşlıların ulusal sağlık hizmeti kapsamında korundukları bilinmektedir (Nijkamp ve Pacolet, 1991: 33). Ev bakım hizmetlerinin yaygın olmasının yanında ev hemşirelik hizmetleri bölgesel sağlık birimleri tarafından sağlanmaktadır. Kurum bakımı ise bizzat yerel hükümet yani belediyeler tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışında, kurumsal bakım ve sosyal refah hizmetleri çerçevesinde yaşlıların ev dışında yardım alabilecekleri yerler olan gündüz bakım evleri veya gündüz hastaneleri, basit tıbbi bakım, ilaç yardımı ve fizyoterapi hizmeti vermektedirler (Kural, 2001:30-31).

İngiltere de tıpkı ABD gibi yaşlılar için sosyal refah hizmetlerinin gelişkinliğiyle ön plana çıkan bir karakter sergilemektedir. Ülkenin refah seviyesi, yaşlılara ve diğer düşkün kimselere sağlanan sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin seviyesiyle paralellik içindedir (Kural, 2001:30-31).

Bu ülkede yaşlılara yönelik gönüllü kuruluşlar geniş bir şekilde örgütlenmiş durumdadırlar.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri İngiltere'de üç alanda verilmektedir. Bu alanlar (Biçer, 2002:107).

- Hastane hizmetleri
- Aile sağlık hizmetleri
- Toplum sağlığı hizmetleridir.

Yaşlılar yaşadıkları yerde sağlık hizmetlerinden az bir ücretle veya ücretsiz olarak yararlanabilirler. Hastanelerde geriatri bölümleri bulunmaktadır. Bazı hastanelerde ise psikogeriatik ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Yaşlıları evlerinde geriatri konusunda uzman hekimler ziyaret etmektedir. Sağlık hizmeti yaşlı bireyin ayağına kadar götürülmektedir.

İngiltere'de yaşlı hizmetlerinden sorumlu olan daha çok yerel yönetimlerdir. Belediyeler açtıkları "yaşlı yurtları"nda hizmet vermektedir. 65 yaşından sonra yaşlılar bu yurtlarda korunmaktadırlar. Her belediye sınırı içinde 8-10 "yaşlı yurdu/yaşlı evi" (old people home) vardır. Yurda girmek isteyenlerin durumları sosyal hizmet uzmanlarınca incelenir. 65 yaşını geçmiş, hiçbir güvencesi olmayan yaşlılara "yaşlılık aylığı" (old age pension) bağlanır. Bu aylık belediyeler tarafından ödenir. Geliri veya güvencesi olanlar yurt ücretlerini öderler (Sevil, 2005:182).

İngiltere'de de ABD'de olduğu gibi yaşlıların bir yada iki kişi olarak kalabildikleri korumalı ev ve daireler bulunmaktadır. Buralarda kalacak durumda olmayanlar huzurevlerine gönderilmektedir (SHÇEK, 1998'den naklen, Biçer, 2002).

3.6.3. Almanya

Almanya'da yaşlılara sunulan sosyal hizmetler yerel ve ulusal hükümet tarafından desteklenmekle birlikte, Kızılhaç ve kiliselerin önderliğinde yürütülmektedir. Yaşlılar evi, bakım evleri, ruh sağlığı bozulmuş yaşlılar için kurumlar, geriatri birimleri, gündüzlü veya geceli geriatrik hastaneler, gündüz bakım evleri, yaşlılar için iletişim merkezleri, kısa dönemli bakım evleri ve mobil yardım hizmetleri şeklinde sıralanabilecek kurumsal hizmetlerden pek çok yaşlı yararlanmaktadır (Kural, 2001:31).

Almanya'da muhtaçlık sigortası kanunu özel bakım sağlayan şirketlerin pazara girmesinin önündeki engelleri kaldırmıştır. Kar amaçlı şirketler ekonomik güvenilirlikleri ve yeterli tecrübeye sahip sertifikalı yöneticilere sahip olmalarına bağlı olarak pazarda rekabet edebilirler (muhtaçlık sigortası kanunu madde 72). 1994 yasasından sonra özel bakım sağlayıcılarının sayısı 1992'de 4000 iken, 1997'de 11700 olarak yaklaşık üçe katlanmıştır. Bireyleri yaşlılık yıllarında muhtaçlığa karşı sigortalanmaktan alıkoyan nedenler arasında en belirginleri şunlardır (Schneider, 1999:31-70);

- Riskin farkında olmayış
- Bugünkü tüketimin geleceğe tercih edilmesi
- Aile bakımının kurumsal bakıma tercih edilmesi
- Özel uzun süreli bakım sigortalarının kapsamlarının kısıtlı olması
- Ailelerin gelirlerinin sigorta primlerini ödemeye yeterli olmaması
- Gençler ve düşük gelir seviyeli aileler gelecekteki bakım ihtiyaçları için pay ayırmayı ya istememekte (ihtimal ya da riski sevmek) ya da buna imkân bulamamaktadırlar.

Almanya'da yaşlılara götürülen hizmetler, yerel yönetimler ve STK tarafından organize edilmektedir. Özellikle sosyal hizmet amaçlı kurulan "refah dernekleri" Almanya'da da yaşlı hizmetlerine önem ve öncelik vermektedir. Almanya'da da yaşlı hizmetleri, diğer Avrupa ülkeleri gibi çeşitlilik göstermektedir (Sevil, 2005:185-186):

- Yaşlı konutları
- Yaşlı yurtları
 - ❖ Yaşlılar pansiyonu
 - ❖ Yaşlılar yurdu
 - ❖ Yaşlılar için bakım yurdu
- Sıcak yemek ve ev ziyareti
- Huzurevleri ve yaşlı bakımevleri
- Geriatrik hizmetler
 - ❖ Geriatrik hastaneleri

- ❖ Psiko-geriatrik hastaneleri
- ❖ Gündüzlü geriatri klinikleri
- ❖ Gündüzlü psiko-geriatri klinikleridir.
- Sosyal etkinlikler ve boş zamanların değerlendirilmesi
- Başkalarıyla iletişim kurmalarında yardımcı olmak (örneğin: Yol masraflarının karşılanması) (Biçer, 2002:102)
 - Kamuoyu oluşturma: Yaşlılık ve yaşlılarla ilgili olarak, kamuoyunun bilinçlendirilmesini ve olumlu yaklaşım göstermesini sağlama
 - Ulaşım ve iletişim kolaylıkları
 - Yaşlı hizmetlerinde görevlendirilecek çeşitli meslek elemanlarının yetiştirilmesi, eğitimi ve hizmet içi kurslar düzenlenmesi
 - Kuşak çatışmasını önleyecek uygun ortam
 - Ayrıca Almanya'da yalnız kalan veya ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılara özel durum yardımı adı altında
 - ❖ Doktor tavsiyesi ile çeşitli kürlere katılmalarının sağlanması,
 - ❖ Doktor ve hastane masraflarının karşılanması,
 - ❖ Ortopedik araç masraflarının ödenmesi,
 - ❖ Evde yurttaki bakım hizmeti vermek gibi hizmet ve yardımlar yine yaşlılara sağlanmaktadır (Biçer, 2002:103).

3.6.4. İtalya

İtalya'daki nüfusun demografik yapısı, çok düşük doğum oranı ve hızlı yaşlanma olarak özetlenebilir. 20 yaşın altı çok az, 60 yaş ve üstü çok fazla olan dünyadaki en belirgin ülkedir. Bu değişim trendi (böyle bir ihtiyaç çıkarmış) kamu harcamalarındaki arz ve talep arasındaki dengesizliği ortaya çıkartmıştır. Toplumun organizasyonunda kamu hizmetlerindeki talep ve arz arasındaki büyük dengesizliği azaltmak için büyük değişiklikler yapılmalıdır. Bunlar aynı zamanda verimlilik, oransal ve eşitlik olarak yeni sosyal projelerin yapılmasını gerektirir (Golini, 1998:119-143).

Demografik eğilim ve sosyal politikalar 1970'lerde İtalya'da çok belirgin olarak ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunun nedenleri;

- Doğum oranındaki keskin düşüşler
- Yüksek yaşam beklentisi ve sağlık bakımındaki geçişler (ölüm oranı azalmaya devam etmekte ve ortalama yaşam beklentisi erkekler için 74.7, kadınlar için 81,2 ye ulaşmaktadır)
- Yaş piramidindeki radikal değişiklikler
- İşgücü sayısı ve karakteristiği
- Göçler
- Kadınların değişimi (eğitim ve sosyal düzey)
- Ailelerin değişimi
- Nüfusun demografik dağılımı (Golini, 1998:119-143).

3.6.5. Danimarka

1976 yılında Sosyal Yardım Kanununa (Social Assistance Act) göre, yaşlılarla ilgili sosyal hizmetlerin mesuliyeti Belediye Meclisine verilmiş olup sağlık ve sosyal hizmetler ile ilişkili yıllık ve 5 yıllık planların yapımında mahalli idareler sorumlu tutulmuştur. Adı geçen kanun ile belediyelerin yaşlılara ve sakatlara verdiği çok sayıdaki hizmetlerin % 50 nispetindeki masrafları Devlet tarafından karşılanmaktadır.

Danimarka'da mahalli yönetimler yaşlı ve özürlü kişilere sunulacak tüm hizmetlerden sorumlu birimler olarak, ihtiyaçları tespit etmekte ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda hizmet sunmaktadırlar. Yaşlılara sunulan hizmetlerin %50'sinin devlet tarafından karşılandığı Danimarka'da devletin politikası yaşlıları bir kuruma yerleştirerek bakımlarını sağlamak yerine, yaşlı kişiye yaşadığı sosyal çevrede toplumsal hizmet sunmak olmuştur. Bu sebeple 1980'den sonra bakım evleri inşa edilmesine izin verilmemiştir (Kural, 2001:31).

Kurumsal bakımın devlet politikası olarak tercih edilmemesine rağmen, ülkede bakım evleri, servisli daireler, korumalı evler ve özürli yaşlılar için kar amacı gütmeyen dairelerde bakım hizmeti verilmesi, Danimarka'nın vatandaşlarının sosyal refahı konusunda ne kadar hassas olduğunun bir göstergesidir. Tüm bu hizmetler karşılığında devlet yaşlılardan gelirlerinin sadece % 15'ini almaktadır. Aynı zamanda sembolik ücretler karşılığında yaşlılara kat temizliği, ulaşım, bahçe düzenlemesi, alarm sistemi, yemek dağıtımı gibi hizmetler söz konusudur (Nijkamp ve Pacolet, 1991:122).

Danimarka'da yaşlılara götürülen hizmetler yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Devlet maddi yönden destek olmaktadır (Sevil, 2005:182).

Belediyeler tarafından yaşlılara götürülen hizmetler şu şekilde özetlenebilir:

- Danışma ve rehberlik hizmetleri, kurslar, konferanslar
- Ekonomik katkı (emekli aylığı, geliri olmayanlara destek, sosyal yardım)
- Refah hizmetleri (yemek, temizlik, barınma v.b.)
- Acil yardım hizmeti (24 saat eve hizmet)
- Eğlence ve geziler, uğraşı tedavisi ve fizik tedavi
- Evde bakım hizmetleri (sürekli, geçici veya gerektiğinde)
- Gündüz Bakım Merkezleri
- Yaşlı Konutları

3.6.6. Hollanda

Hollanda, Avrupa ülkeleri arasında kurum bakımının en yaygın olduğu ülkedir (Nijkamp ve Pacolet, 1991:32). Yaşlılara yaşlılar evi, koruma evleri, servisli daireler, bakım evleri, hastaneler ve psikiyatri hastanelerinde hizmet sunulmaktadır. Bu hizmetler karşılığında, tıpkı Danimarka'da olduğu gibi, yaşlı kişi gelirin sadece %15'ini ücret olarak ödemektedir. Bunun yanında gücü olmayan yaşlılara devlet cep harçlığı vermektedir (Yazgaç, 1992:32). 1988 verilerine göre toplam nüfusun %12,5'ini oluşturan 65 yaş ve üzeri yaşlılar, toplumdan izole edilmeden türlü kurumsal hizmetlerle bakılmaktadırlar. Hollanda'da çocukların ebeveynlerine bakma zorunluluğu olmadığından, yaşlıların bakımı bu tip kurumlar yoluyla sağlanmaktadır (Arıcak, 1997:60).

3.6.7. İsveç

İsveç'te nüfusun %15 kadarı yaşlıdır ve bunların çoğu emeklidir. İsveç'te emekli aylığı yaşlı kişinin ekonomik güvence altında olacağı şekilde planlanmıştır. Bütün İsveç halkı ve yabancılar, çocuk, yetişkin ve yaşlılar "Sosyal Sigortalar" sisteminin bakımı altındadır. İsveç'te yaşlının yerleşimi çok önem taşımaktadır. İsveç'te ayrıca "Yaşlı Yerleşim Evleri" bulunmaktadır. Her İsveç Belediyesi eve yardım servisi vermektedir. Bu yardım servisi temizlik, yemek pişirme, çamaşır yıkama, tamirat gibi teknik hizmetleri kapsamaktadır (Biçer, 1998:41).

3.6.8. İrlanda

İrlanda'da yaşlılara götürülen hizmetler çok gelişmiş ve yaygınlaşmıştır. "Alarmlı yerinde bakım sistemi"nden, evde bakıma, kurum bakımına kadar değişik modeller uygulanmaktadır. Sağlık kuruluşlarında (hastaneler) yaşlılar için "geriatri servisleri ve psikiyatrik hizmetler bölümü" ayrılmış, son teknoloji olanaklarından yararlanılarak hizmet verilmektedir. Sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler entegre edilmiş bir ekip hizmeti modeli ile yürütülmektedir. Yaşlılara götürülen değişik hizmet modelleri şunlardır (Sevil, 2005:176-180):

- Gündüz hastanesi (Day Hospital) ve gündüz merkezi (Day Centre)
- Geriatri hastanesi ve servisleri
- Uzun süreli hastaneler (Long Stay Hospital)
- Aile hekimliği ile yaşlılara yardım
- Yaşlı hastalara evde bakım
- Yaşlılar kulübü
- Yaşlı sığınma evleri (Sheltered House)
- Mobil yemek hizmeti (Meals on Wheels)
- Yaşlı konutları
- "Alarm" sistemli yaşlı hizmeti
- Diğer Olanaklar: İrlanda yönetimi yaşlılar için yasal, insani pek çok kolaylık getirmiştir.

- ❖ Yalnız yaşayan tüm yaşlıların elektrik, havagazı ve su faturaları devlet tarafından karşılanır.
- ❖ Ulaşım kolaylıkları sağlanır ve şehir içi taşımacılık ücretsizdir.
- ❖ Ulusal gazeteler ücretsiz dağıtılır.
- ❖ İlk yardım merkezinde 24 saat telefona cevap verilir.
- ❖ Kültür sanat etkinliklerinden az ücretle/indirimli yararlanılır.
- ❖ Dul, evlenmemiş, bekâr yaşlılara sosyal yardım yapılır.
- ❖ Yaşlılara geliri yoksa aylık bağlanır.
- ❖ Düzenli olarak yaşlı ziyaretleri yapılır.

3.6.9. Japonya

Japonya geleneksel değerlerine bağlılığıyla bilinen bir ülkedir. Bu çerçevede yaşlı bireyler aile içinde önemli bir yere sahiptir. Fakat II. Dünya Savaşından sonra hızlı modernleşme, şehirlere göç ve buna paralel olarak aile yapısının değişmesi, yaşlıların aile içindeki önemini azaltmıştır (Kural, 2001:32).

Japonya'da yaşlıların büyük bir bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri ve aile içinde de kadınlar tarafından bakılırken sadece %39.3'ü yalnız yada eşleriyle birlikte yaşamaktadır. Ancak zaman içinde kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılmaları ve yaşlı nüfusun giderek artması (2020' de nüfusun %25'inin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmekte), evde bakım hizmetlerine gereksinimin artacağını göstermektedir (www.ind-homecare.org).

Japonya, daha çok yaşlı toplum haline gelecektir (tüm yüksek gelirli yaşlı toplumların içinde en yaşlısı Japonya olacak). Ülkenin ortalama yaşı 2025'de 50'ye ulaşacaktır. 2000'de 4 insandan biri (%25) 60 yaş ve daha üstü iken 2050'de yaşlıların payı 5'te 2'ye (%40) ulaşacaktır. 7 kişiden biri de 80 yaş ve üzerinden oluşacaktır. Bu da yeni bir yaşlı toplum oluşmasına neden olacaktır (Smil, 2005:605-643) .

Erkekler için ortalama yaşam süresinin 47'den 69'a, kadınlar içinse 30'dan 75'e yükseldiği Japonya'da gençlerin sayısı yaşlı nüfusa kıyasla oldukça azdır. Bunun sonucu olarak da yaşlılar için yerleşim projeleri ve bakım evleri yapılmıştır. Sosyal sigorta sisteminin olmaması ve 7 milyonu aşan yaşlı nüfusunun %60'ının önemli bir gelir kaynağının bulunmaması, Japonya için önemli bir sorun teşkil etmektedir (Yazgaç, 1992:37). Bu sorun ile Japonya yukarıda adı geçen, sosyal refah hizmetleri açısından gelişen Batı Avrupa ülkelerinden önemli ölçüde ayrılmaktadır.

3.6.10. Kore

Kore'de 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus 1960'larda %2,9 iken 2000'lerde %7,2'ye ulaşmıştır. 2022'de bu oranın %14'e ulaşması beklenmektedir. Dolayısıyla yaşlı oranı 22 yılda 2 kat artmış olacaktır. Bu oranda bir artış ABD'de 71, Fransa'da 115 yılda gerçekleşecektir.

Kore'de kronik hastalık taşıyan yaşlıların çoğu tıbbi bakım masraflarını kendileri karşılayamazlar. Yaşlıların %1,84'ü çocuklarının ekonomik desteğine muhtaçtır. Kore'de Amerika'daki Medicare gibi yaşlılara özel finanse edilmiş bir sağlık programı yoktur. Birinci basamak, ayaktan tedavinin sadece %30'unu karşılar ki bu çok düşük bir miktardır (Cho, Chung, Roh, Cho, Kim, Lee, 2004:1199-1204).

Yaşlı emekliler için sağlık sigortalarını çocuklarının üzerinden yaptırmak mümkün olabilir ama bu tedavideki yüksek katkı payları yüzünden ailelere büyük bir yük getirir. Eğer birinin ebeveyni demans ya da bir serebrovasküler olay nedeni ile bir akut tedavi hastanesi ya da uzun süreli bakım ünitesine yatacak olsa aylık ödemesi gereken rakam yaklaşık 2,5 milyon Won'dur (1\$=1200Won) (Cho, Chung, Roh, Cho, Kim, Lee, 2004:1199-1204).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ANKARA BÖLGESİ YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNDE MEVCUT ARZ VE TALEBİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

4.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Türkiye'de ve dünyada geriatri hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme yapılarak; Ankara ilinde bulunan mevcut yaşlı bakım merkezlerinde ve huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik bir çalışma yapılmasıdır.

4.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

21.yüzyılda ilerleyen ve ilerleyecek teknoloji insanların yaşam süresini daha da uzatacak ve böylece yaşlı oranının daha fazla olduğu toplumlar ortaya çıkacaktır.

Günümüz dünya nüfusundaki yaşlanma, yaşlılık güvence sistemlerinin düzenlenmesi ve uygulanmasında zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır. Ailelerin geleneksel yapısındaki değişim gayri resmi düzenlemelerin yok olmasına olanak sağlarken, resmi programlar bir tarafta yaşlıları korumakta başarısız olmakta diğer yandan da yüksek kesinti oranları gerektiren ve özel sektörün büyümesini engelleyen maliyetlerin gittikçe artması sorununu yaratmaktadır.

Bu çalışmada, Türkiye'deki 55 yaş ve üstü kişilerin huzurevleri, yaşlı bakım evleri, güçsüzler yurdu, yaşlı dayanışma ve yaşlı bakım merkezlerine başvurma oranlarıyla, Türkiye'deki mevcut merkezlerin kapasiteleri karşılaştırılarak; geriatri hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme yapılacaktır.

4.3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, veri toplama yöntemi olarak araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket yöntemi ile elde edilen veriler ışığında, Türkiye'de yaşlı bakım hizmetlerinde mevcut arz ve talep incelenerek: Ankara ilinde bulunan mevcut yaşlı bakım merkezlerine ve huzurevlerinde barınan yaşlılara yönelik değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

4.3.1. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan kurumlar, SHÇEK tarafından ruhsatlandırılmıştır. Ankara'da faaliyet gösteren tüm SHÇEK'e, kamu kurum ve kuruluşlarına, yerel yönetimlere, derneklere, vakıflara ve gerçek kişilere ait huzurevlerinde barınan yaşlılar araştırma kapsamını oluşturmakta olup, bunun amacı, sağlıklı verilerin sağlanabileceği örnek büyüklüğüne ulaşabilmesidir.

Araştırmanın kapsamına yalnızca Ankara'daki huzurevlerinde barınan yaşlıların alınmasının nedeni, Ankara'da huzurevi sayısının fazla olması ve bu kurumlar arasında yoğun rekabetin yaşandığı varsayımdır. Ayrıca, araştırma kapsamına Ankara'da faaliyet gösteren huzurevlerindeki yaşlıların alınmasının bir diğer nedeni de Türkiye'deki tüm kamu ve özel huzurevlerine ulaşmanın zaman ve maliyet açısından zor olacağıdır. Bu nedenlerle de araştırma kapsamı Ankara ili seçilmiş olup araştırmada yaşlılarla "yüz yüze görüşme ile anket" yöntemi kullanılmıştır.

Anket uygulaması, 01 Ocak 2007- 09 Şubat 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

4.3.2. Araştırmanın Varsayım ve Hipotezleri

Araştırma, huzurevinde kalan yaşlıların, anket formlarına doğru yanıtlar verdikleri varsayımına dayandırılmıştır. Araştırmanın hipotezleri ise şunlardır:

1. H_{01} :Yaşlıların medeni durumları ile kurum öncesi yaşamda evde bakıcı veya yardımcılarının olması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{11} :Yaşlıların medeni durumları ile kurum öncesi yaşamda evde bakıcı veya yardımcılarının olması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

2. H_{02} :Yaşlıların sağlık nedeni ile kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{12} :Yaşlıların sağlık nedeni ile kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

3. H_{03} :Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{13} :Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4. H0₄:Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₄:Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

5. H0₅:Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₅:Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

6. H0₆:Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₆:Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

7. H0₇:Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₇:Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

8. H0₈:Yaşlıların gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmelerinden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₈:Yaşlıların gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmelerinden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

9. H0₉:Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₉:Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

10. H0₁₀:Yaşlıların yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerin hazır veriliyor olmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₀:Yaşlıların yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerin hazır veriliyor olmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

11.H0₁₁:Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₁:Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

12.H0₁₂:Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₂:Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

13.H0₁₃:Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₃:Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

14.H0₁₄:Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₄:Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

15. H0₁₅:Yaşlıların yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inanmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₅:Yaşlıların yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inanmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

16.H0₁₆:Yaşlıların yaşlılarıyla birlikte olma isteğinden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₆:Yaşlıların yaşlılarıyla birlikte olma isteğinden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

17. H0₁₇:Ankete katılan yaşlıların yaş grupları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₇: Ankete katılan yaşlıların yaş grupları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

4.3.3. Anket Sorularının Hazırlanması

Araştırmada, toplam 38 soru bulunmaktadır. Anket formunun hazırlanmasında uzman görüşlerinden ve Tengilimoğlu ve arkadaşlarıyla (2003) geliştirilen anket formundan yararlanılmıştır. Anket formu, çoktan seçmeli ve açık uçlu soru çeşitlerini kapsamaktadır. Dört gruptan oluşan anket formunun (Ek-1) birinci grubunda yaşlının demografik özelliklerini saptamaya yönelik 7 soru yer almaktadır. Bu sorular ile yaşlının demografik özelliklerinin kuruma geliş talebine etkisi belirlenmek istenmiştir.

İkinci grupta yaşlının sosyal güvencesi ve gelir durumu ile ilgili 15 soruya yer verilmiştir. Bu sorularla, sosyal güvencenin ve gelir düzeylerinin yaşlının huzurevine geliş talebi arasında ilişki olup olmadığının açıklığa kavuşturulması amaçlanmıştır.

Üçüncü grupta yaşlının kurum öncesi yaşamı, kurum talep nedenleri ve kuruma geliş ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Bu 11 soruda, yaşlının kurum öncesi yaşamının ve kuruma gelme nedenlerinin kuruma geliş talebine etkilerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Memnuniyet, beklentiler ve kurumu değerlendirme ile ilgili sorular ise dördüncü grubu oluşturmaktadır. Bu grupta 5 soru sorulmuş olup sonuncu soru tamamen yorum ve görüş belirtilmesi amaçlı sorulmuştur. Bu sorularla, yaşlı bakım hizmetlerinin arzını yaratan huzurevlerine olan talebin karşılanıp karşılanmadığı ve yeni talepler tespit edilmek istenmiştir.

Sorular hazırlandıktan sonra, Özel Akyurt Vakfı Akyurt yaşam evinde 18 kişi ile birebir anket yapılarak pilot uygulama gerçekleştirilmiş ve bu ön testlerin sonuçlarına göre de, uzman görüşler dâhilinde, gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

4.3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın evrenini, Ankara'da faaliyet gösteren kamu, belediye, vakıflar ve gerçek kişilere ait huzurevlerinde barınan yaşlılar oluşturmaktadır.

9 Şubat 2007 tarihi itibarıyla SHÇEK tarafından ruhsatlandırılan huzurevlerinin Ankara'daki dağılımı aşağıdaki gibidir. Bu dağılıma göre, 4'ü SHÇEK' e, 1'i kamu kurum ve kuruluşlarına, 12'si yerel yönetimlere, 5'i dernek ve vakıflara ve 17'si gerçek kişilere ait olmak üzere Ankara'da toplam 28 huzurevi faaliyet göstermektedir.

Tablo 7: Ankara'daki Huzurevleri Sayısı ve Örneklem Oranları

Bağlı Bulunulan Kurum	Huzurevi Sayısı	Örneklem	Örneklem Yüzdesi (%)	Huzurevi Kapasitesi	Örneklem	Örneklem Yüzdesi (%)
SHÇEK	4	1	25,00	689	75	10,88
Kamu Kurumu	1	1	100,00	316	99	31,33
Yerel Yönetim	1	1	100,00	228	16	7,02
Dernek ve Vakıf	5	4	80,00	314	54	17,20
Gerçek Kişi	17	3	17,65	870	16	1,84
Toplam	28	10	35,71	2417	260	10,76

Bu araştırmada, belirli bir d duyarlılığı ve belirli bir z güvenirliliği için gerekli olan örnek çapı ise:

$$n = \frac{N z^2 p q}{N d^2 + z^2 p q}$$

Formülü ile hesaplanmıştır. Burada;

n: örnek çapı,

N: yığın çapı,

z: güvenirlilik düzeyi,

d: duyarlılık,

p: yığın oranı,

q: 1-p'dir.

Araştırmada örnek çapını en büyük yapmak için $p+q=1$ şartını sağlamak koşuluyla $p=q=0.5$ alınmıştır. Bu çalışmada; duyarlılık %5 (0.05) ve güvenilirlik %5 (%95 güvenilirlik için yaklaşık z değeri 2 alınır), örnek çapı 2417'dir. Çalışmada, duyarlılık %10 (0.1) ve güvenilirlik ise %5 alınmıştır (%95 güvenilirlik için yaklaşık z değeri 2 alınır). Buna göre, örnek çapı 96,02 bulunmuştur. Bu çalışmada, Ankara'daki huzurevlerinde barınan yaşlılara basit tesadüfî örneklem yöntemi uygulanarak yüz yüze görüşme ile anket uygulanmıştır. Ancak SHÇEK'e ait 4 huzurevinden birisi için yapılan görüşme talebi olumlu değerlendirilmiş ve kurum tarafından Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ne anket uygulanması için izin verilmiştir. Gerçek kişilere ait huzurevlerinin genelinde ise sağlıklı yaşlı barınmaması gerekçe gösterilerek anket için izin verilmek istenmemiş olup 17 özel huzurevinden sadece üçünde 16 kişi ile görüşme yapılabilmektedir. Özel huzur evlerinde talep yetersizliği nedeniyle eksik kapasite ile çalışılmaktadır. SHÇEK'ten özel huzur evlerindeki mevcut kalan yaşlı sayısı istenmiş fakat istenilen bilgilere ulaşılamamıştır.

4.3.5. Verilerin Analiz Yöntemi

Anketlerin analizinde, SPSS 12 istatistik programı kullanılmıştır. Bu program ile anketlerden elde edilen verilerin analizinde; frekans dağılımları, aritmetik ortalama, standart sapma, çapraz tablolar ve ki-kare testi gibi çeşitli istatistik teknikleri kullanılmıştır.

Ankette 5'li likert ölçekli sorularda, seçeneklere 1,2,3,4,5 şeklinde değerler verilmiştir. 5'li likert ölçeğinde sorulan yargı cümlelerinde aritmetik ortalama aralıkları üçe ayrılmış, 5 li likert ölçeğinde aritmetik ortalamanın değerine göre; 5,00–3,67: düşük katılım, 3,66–2,34: kısmen katılım, 2,33–1,00: yüksek katılım, olarak değerlendirilmiştir. Likert ölçeğine göre sorulan sorularda, aritmetik ortalama ile birlikte, standart sapma hesaplanarak, verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı da belirlenmiştir.

Anket soruları tek tek değerlendirilirken, aynı zamanda gelir kaynakları, gelir durumları, mal varlıkları ve kuruma gelme nedenleri ile ilişkide bulunan diğer unsurlar ki-kare analizi ile test edilip, son aşamada, ekonomik unsurların huzurevine geliş talebindeki rolünün değerlendirilmesi yapılmıştır.

4.4. BULGULAR

Bu bölümde; Ankara ilinin demografik özelliklerine, araştırmaya katılan huzurevi yaşlılarıyla ilgili demografik, sosyal güvenlik ve gelir durumları ile ilgili sonuçlara, kurum öncesi yaşam ve kuruma geliş sebeplerine değinilecektir.

4.4.1. Ankara İlinin Demografik Özellikleri

Ankara ilinin sosyal yapısına bakıldığında ilk göze çarpan ilin demografik durum özellikleri ve yerleşim düzenidir. Buna göre Türkiye'deki şehirleşme hızına bakıldığında Ankara %025,6 ile 10. sırada yer almaktadır. Bunun yanı sıra, istatistiklere göre Ankara'da erkek nüfus popülasyonunun, kadın nüfus popülasyonuna oranı daha fazladır (erkek: 34 346 735 kişi ile %50,58, kadın: 33 457 192 kişi ile %49,42) (www.tuik.gov.tr).

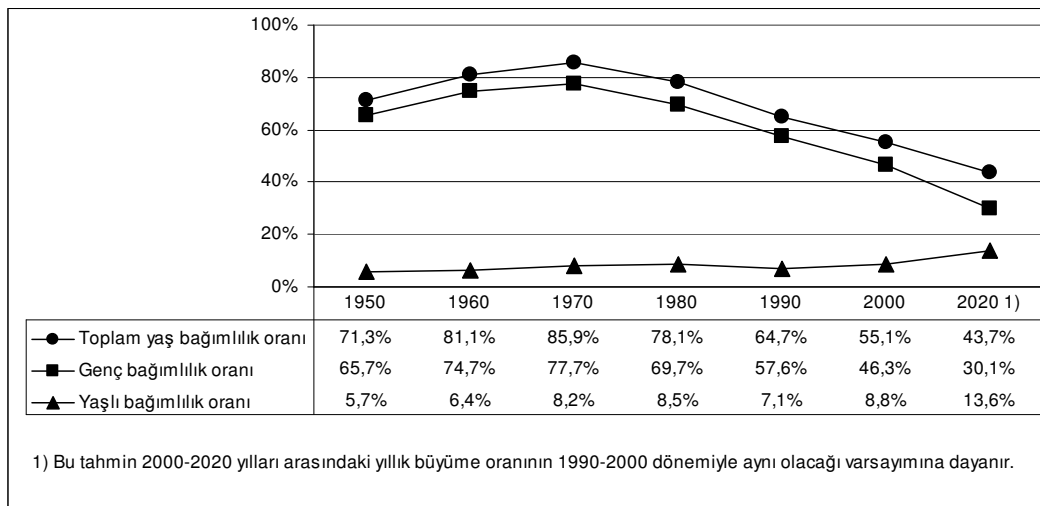
Yaş gruplarına göre nüfusun dağılımında ise 15-64 yaş grubunu oluşturan aktif nüfus payının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum ise genel olarak iş gücüne katılma oranını olumlu bir şekilde etkilemektedir. Tablo 8'de Ankara il merkezindeki 60 yaşın üzerindeki yaşlı nüfus dağılımına bakıldığında; 60 yaş üzeri Ankara nüfusu popülasyonunun %15,46'sını oluşturur. Ankara nüfus popülasyonundan farklı olarak; 60 yaş ve üzerinde kadın nüfusu erkek nüfusundan daha fazladır (www.tuik.gov.tr).

Tablo 8 :2000 yılı Ankara İl Merkezi Yaşlı Nüfusun Dağılımı

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	Nüfusa Oranı (%)
60-64	54 763	46 252	101 015	2,52
65-69	46 742	40 869	87 611	2,19
70-74	36 857	26 823	63 680	1,59
75-79	18 459	13 389	31 848	0,79
80-84	8 613	5 365	13 978	0,35
85+	7 339	4 306	11 645	0,29
60 Yaş Üstü Toplam	172 773	137 004	309 777	7,73
Ankara Toplam Nüfus	1 980 755	2 027 105	4 007 860	15,46

Kaynak: www.tuik.gov.tr:2007

Yaş bağımlılık oranı, çalışmayan yaş grubunun 15-64 yaş arasındaki çalışan yaş grubuna olan oranı şeklinde tanımlanır. Şekil 3'de 1950'den bu yana bağımlılık oranının grafiği verilmiştir. Bağımlılık oranının düşük olması çalışanlar üzerindeki baskının azaltılmasının yanı sıra, düşük nüfus yoğunluğu ve doğurganlığın düşük olmasında da etkili olmaktadır. Bu anlamda da nüfus artış hızında doğurganlık kadar iç göç faktörü de etkisini göstermektedir. Bu şekilde yer alan bağımlılık oranı, çalışan yaş grubuna oranla 0–14 yaş arası gençlerin bağımlılık oranını ve çalışan yaş grubuna oranla yaşlıların (65 yaş ve üzeri) bağımlılık oranını temsil etmektedir. Şekil 3'e göre, gençlerin bağımlılık oranı 1980–2000 yılları arasında büyük bir düşüş göstermiştir (%70'ten %46'ya). Bu bilgi, 1980'den bu yana nüfus büyümesinde söz konusu olan düşüşün, doğum oranındaki azalmanın bir etkisi olduğunu gösterir. Yine aynı dönemde, yaşlıların bağımlılık oranı %8,5'ten %8,8'e yükselerek hafif bir artış göstermiştir. Bununla birlikte, 2000–2020 yılları arasındaki büyüme oranı 1990–2000 yılları arasındaki orana eşit olursa, yaşlıların bağımlılık oranı 2020 yılında önemli ölçüde artacaktır (www.megep.meb.gov.tr).



Kaynak: www.megep.meb.gov.tr :2007)

Şekil 3: Yaş bağımlılık oranı, 1950 – 2020

Tablo 9: Yıllara Göre Yaş Bağımlılık Oranı

Sayım yılı	Toplam	Yaş grubu				Yaş Bağımlılık Oranı
		0-14	15-64	65+	Bilinmeyen	
1935	16158.018	6662593	8795512	628041	71 872	7,14
1940	17820950	7503326	9668796	629859	18 969	6,51
1945	18790174	7421263	10717968	626543	24 400	5,85
1950	20947188	8018479	12211300	690662	26 747	5,66
1955	24064763	9475220	13729233	822408	37 902	5,99
1960	27754820	11427006	15299311	978732	49771	6,40
1965	31391421	13148624	16953850	1242525	46 422	7,33
1970	35605176	14878187	19152564	1565696	8 729	8,17
1975	40347719	16330203	22086237	1853251	78 028	8,39
1980	44736957	17433912	25022358	2113247	167 440	8,45
1985	50664458	19010138	29432295	2125908	96 117	7,22
1990	56473035	19745352	34265838	2417363	44 482	7,06
2000	67803927	20220095	43701502	3858949	23 381	8,83

Kaynak: www.tuik.gov.tr:2007

4.4.2. Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlıları İle İlgili Demografik Sonuçlar

Huzurevi yaşlılarına uygulanan anketin ilk 7 sorusu, araştırmaya katılan kişilerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, doğum yeri, öğrenim durumu, mesleği ve yaşayan çocuk sayıları gibi demografik özelliklerini belirlemeye yönelik, genel nitelikli bilgilerden oluşmaktadır.

Tablo 10: Ankete Katılan Huzurevi Yaşlılarının Demografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	142	54,6
Erkek	118	45,4
Toplam	260	100,0
Yaş		
55-60	7	2,7
61-65	18	6,9
66-70	29	11,2
71-75	47	18,1
76-80	72	27,7
81 ve üzeri	87	33,5
Toplam	260	100,0
Medeni Durum		
Hiç evlenmedi	24	9,2
Halen evli	23	8,8
Eşi ölmüş	172	66,2
Boşanmış	38	14,6
Ayrı yaşıyor	3	1,2
Toplam	260	100,0
Doğum Yeri		
İl	150	57,7
İlçe	80	30,8
Köy	20	7,7
Yabancı	10	3,8
Toplam	260	100,0
Öğrenim Durumu	n	%
Okuma yazma bilmiyor	40	15,4
İlkokul terk	17	6,5
İlkokul	69	26,5
Ortaokul	30	11,5
Lise	56	21,5
Üniversite	41	15,8
Yüksek lisans	6	2,3
Toplam	259	99,6
Cevapsız	1	0,4
Toplam	260	100,0

Tablo 10'un devamı

Mesleği	n	%
Memur	102	39,2
işçi	18	6,9
Ev hanımı	94	36,2
Serbest meslek	25	9,6
Esnaf	8	3,1
Çiftçi	11	4,2
Diğer (Sanatçı)	2	0,8
Toplam	260	100,0
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Çocuğu olamamış	63	24,2
1 tane	33	12,7
2 tane	62	23,8
3 tane	48	18,5
4 tane	28	10,8
5 ve fazlası	26	10,0
Toplam	260	100,0

Tablo 10'dan da görüldüğü gibi araştırmaya katılan 260 huzurevi yaşlısından %54,6 sı kadın, %45,4 ü erkektir. Buna göre, araştırmaya katılan yaşlıların büyük çoğunluğunun kadın olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye istatistik Kurumu (TÜİK) 2000 yılı istatistiklerine göre Türkiye nüfusunun %50,66 sı erkek, %49,34'ü kadın, Ankara nüfusunun ise %50,58'i erkek, %49,42'si kadındır (www.tuik.gov.tr).

Yaşam süresi bakımından cinsiyete göre farklılık kadınlar lehinedir. Genellikle, erkekler, kadınlara nispetle daha erken ölmektedir. Kadınların yaşam süresi daha uzundur. ABD'de 100 kadına karşı 105 erkek doğmaktadır. Yaşamda kalma bakımından ise değişik yaş gruplarına göre farklılıklar mevcuttur (Sevil, 2005: 39).

Ankete katılan yaşlılardan %33,5'i 81 yaş ve üzeri iken, %27,7'si 76-80 yaş, %18,1'i 71-75 yaş, %11,2'si 66-70 yaş, %6,9'u 61-65 yaş ve %2,7'si de 55-60 yaş arasındadır. Buna göre Huzurevi yaşlılarının büyük çoğunluğunun 81 yaş ve üzeri kişilerden oluştuğu görülmektedir. Yaşlılıkla ilgili istatistiklerde 65 yaş ve üzeri geriatrik yaş olarak tanımlansa da Özel Huzurevleri Yönetmeliğinde 55 yaş ve üzeri huzurevine giriş yaşı alındığı için ankette yaş grupları 55 yaş ve üzeri alınmıştır. SHÇEK'e bağlı Seyranbağları huzurevinde SHÇEK ve Başbakanlığın özel yazılı izni ile 55-60 yaş grubundaki kişiler kalmaktadır.

Araştırmaya katılan huzurevi yaşlılarından %66,2'sinin eşinin öldüğü, %14,6'sının eşinden boşandığı, %9,2'sinin hiç evlilik yapmadığı, %8,8'inin halen evli olduğu ve %1,2'sinin ise ayrı yaşadığı ifade edilmektedir. Bu ifadelerle göre ankete cevap veren kişilerin büyük çoğunluğunun eşini kaybettiği sonucuna varılmaktadır.

Doğum yerlerinin tespit edilmesi amacıyla sorulan soruda yaşlıların %57,7'si il, %30,8'i ilçe, %7,7'si köy ve %3,8'inin de yabancı ülke doğumlu oldukları görülmektedir. Bu değerlendirme sonucuna göre ise huzurevi yaşlılarının büyük çoğunluğunun il doğumlu olduğu anlaşılmaktadır. 2000 yılı genel nüfus sayımına göre; sayıldığı ilde doğanların %4,39'u Ankara'da, Ankara'da yaşayanların da %10,1'i başka bir ilde ve %3,72 si yurt dışında doğmuşlardır (www.tuik.gov.tr).

Öğrenim durumunu saptamak amacıyla hazırlanan sorunun seçenekleri ise sekiz yıllık zorunlu eğitim göz önüne alınmaksızın ve TÜİK'in sınıflandırması göz önüne alınarak düzenlenmiştir. Buna göre %26,5'inin ilkokul, %21,5'inin lise, %15,8'inin üniversite mezunu, %15,4'ünün okuma yazma bilmediği, %6,5'inin ilkokulu bıraktığı ve %2,3'ünün ise Yüksek lisans mezunu oldukları görülmüştür. Bir katılımcı ise bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Bu sonuçlara göre huzurevi yaşlılarının öğrenim durumları genel olarak lise mezuniyeti düzeyi olarak değerlendirilebilir. 2000 yılı nüfus sayımlarına göre Türkiye'nin okuryazarlık durumuna bakıldığında; 25 yaş ve üzeri nüfusun %47,77'si ilkokul mezunu, %17,25'i okuma yazma bilmemekte, %12,55'i lise veya lise dengi meslek okulları, %8,23'ü ortaokul veya ortaokul dengi meslek okulları, %7,8'de yüksek öğrenim mezunu ve % 6,4'ü okuma yazma bilmekte fakat bir okul bitirmemiştir (www.tuik.gov.tr). Türkiye istatistikleri ile anket sonuçları karşılaştırıldığında; her iki grupta da ilkokul mezunlarının en fazla olduğunu, bunun yanı sıra en azının da okuma yazma bilip herhangi bir okuldaki mezun olmadıkları görülmektedir. Yapılmış olan ankete katılan yaşlıların eğitim durumlarının Türkiye profilini genel olarak yansıttıklarını fakat üniversite ve yüksekokul düzeyinde Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu düşünülebilir.

Yaşlıların meslek dağılımlarını tespit amacıyla sorulan sorudan elde edilen sonuçlara göre Ankara'da Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların; %39,2'sinin memur ve %3,1'inin esnaf olduğu kendilerince ifade edilmiştir, %0,8'i de diğer cevabını vermiştir. Kendilerine sorulduğunda sanatçı olarak değerlendirilmek istediklerini söylemişlerdir. Bu sonuçlara göre; araştırmaya katılan yaşlıların büyük çoğunluğunun memur olduğu anlaşılmış olup bunun sebebi de ankete katılan yaşlıların %38,1'inin Emekli sandığına bağlı 75. yıl dinlenme ve bakımevi yaşlılarından oluşmasıdır.

Araştırmaya katılan yaşlıların çocuk sayısının tespit edilmesi amacıyla sorulan soru ile %24,2'sinin hiç çocuğu olmadığı, %23,8'inin 2 çocuğu, %18,5'inin 3 çocuğu, %12,7'sinin 1 çocuğu, %10,8'inin 4 çocuğu ve %10'unun da 5 ve daha fazla sayıda çocuğu olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre yaşlıların büyük çoğunluğunun çocuğu olduğu halde çeşitli sebeplerden dolayı kurum bakımını tercih ettikleri görülmektedir.

4.4.3. Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlılarının Sosyal Güvenlikleri ve Gelir Durumları ile İlgili Sonuçlar

Tablo 11: Yaşlıların Sosyal Güvenlik Bilgileri

Sosyal Güvenlik Kurumuna Kayıtlılık Durumu	n	%
Kayıtlı değil	13	5,0
Emekli sandığı	155	59,6
SSK	36	13,8
Bağ-Kur	23	8,8
Yaşlılık aylığı	33	12,7
Toplam	260	100,0
Sosyal Güvenlik Kurumundan Kimden Dolayı Yararlanılmakta		
Kendisi	172	66,2
Eşi	63	24,2
Babası-annesi	13	5,0
Diğer	12	4,6
Diğer: kayıtlı değil		
Toplam	260	100,0
Sağlık Sigortası		
Yok	12	4,6
Emekli sandığı	159	61,2
SSK	36	13,8
Bağ-Kur	22	8,5
Yeşil kart	31	11,9
Toplam	260	100,0
Sosyal Yardım Alınması		
Almıyor	222	85,4
2022 yaşlılık aylığı	35	13,5
Sosyal yardımlaşma	2	0,8
Diğer	1	0,4
Toplam	260	100,0

Tablo 11'in devamı

İhtiyacın Karşılanması İçin Yardım Kurumuna Başvuru ve Yardım Konusu		
Başvurmadım	227	87,3
Maddi ihtiyaçlar	33	12,7
Toplam	260	100,0

Kurum yaşlılarının sosyal güvenceleri ile ilgili bilgileri öğrenmek amacıyla kendilerine sorulan sorularda; %59,6'sı emekli sandığı, %13,8'i SSK mensubu, %12,7'si 2022 sayılı kanuna tabi, %8,8'i Bağ-Kur mensubu ve %5'i de herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna mensup değildir.

Yaşlıların %66,2'si şahsen, %24,2'si eşinden dolayı, %5'i babasından dolayı sosyal güvenlik kurumlarından yararlanmaktadırlar.

Ankete cevap veren yaşlıların %61,2'sinin emekli sandığından, %13,8'i SSK'dan, %11,9'u yeşil karttan ve %8,5'inin de Bağ-Kurdan yararlanarak sağlık güvencesine sahip oldukları anlaşılmaktadır. Yaşlıların %4,6'sının sosyal güvencesi olmadığı için sağlık güvencesi de yoktur.

Kurum yaşlılarının %85,4'ü sosyal yardım almamakta, %13,5'i 2022 sayılı yaşlı aylığı almakta, %0,8'i sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonlarından yardım almakta ve %0,4'ü de içeriğini ifade etmek istemedikleri ve diğer olarak adlandırılan yardımlar almaktadırlar.

İhtiyacınızı karşılamak için herhangi bir yardım kurumuna başvurduğunuz mu diye sorulduğunda; %87,3'ü başvurmadıklarını ve %12,7'si de maddi ihtiyaçlarını karşılamak için başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 12: Yaşlıların Gelir Kaynakları

Gelir Kaynakları		n	%
Geliriniz	Var	247	95,0
	Yok	13	5,0
	Toplam	260	100,0
Emekli Maaşı	Var	156	60,0
	Yok	104	40,0
	Toplam	260	100,0
Yaşlılık Maaşı	Var	36	13,8
	Yok	224	86,2
	Toplam	260	100,0
Emlak Geliri	Var	39	15,0
	Yok	221	85,0
	Toplam	260	100,0
Toprak Geliri	Var	2	0,8
	Yok	258	99,2
	Toplam	260	100,0
Faiz, Repo, Menkul Kıymetler Geliri	Var	32	12,3
	Yok	228	87,7
	Toplam	260	100,0
Çocukların veya Akrabaların Desteği	Var	9	3,5
	Yok	251	96,5
	Toplam	260	100,0
Nafaka	Var	2	0,8
	Yok	258	99,2
	Toplam	260	100,0
Diğer Eş Baba Aylıkları	Var	78	30,0
	Yok	182	70,0
	Toplam	260	100,0

Gelir dağılımları yukarıdaki biçimde ifade edilmiş olan yaşlıların; %95'i 247 kişi ile herhangi bir gelir kaynağına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında %5 gibi azımsanmayacak bir oranda da 13 kişi ise herhangi bir gelire sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna göre geliri olmayan yaşlılar geçimlerini huzurevinin kendilerine vermiş oldukları yaşlılık parası ile sürdürmektedir. Bütün ihtiyaçları huzurevi tarafından karşılanan bu kimseler, kendilerine verilen aylık miktarın da yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Geliri olanlardan 95 veya daha az kişinin bir veya birden fazla gelir kaynağı vardır. Yaşlılardan %60'ının emekli maaşı, %30'unun diğer eş, baba aylıkları, %15'inin emlak geliri, %13,8'inin yaşlılık maaşı, %12,3'ünün faiz, repo, menkul kıymet geliri, %3,5'inin aile ve akrabadan verilen geliri, %0,8'inin toprak geliri ve yine %0,8'inin nafaka geliri vardır.

Tablo 13: Sahip Oldukları Menkul Kıymetleri ve Gayrimenkulleri

Sahibi Olunan Mal Varlıkları		n	%
Ev, dükkân bina	Evet	65	25,0
	Hayır	195	75,0
	Toplam	260	100,0
Arazi, tarla	Evet	13	5,0
	Hayır	247	95,0
	Toplam	260	100,0
Banka Tasarrufu	Evet	33	12,7
	Hayır	227	87,3
	Toplam	260	100,0
Döviz	Evet	3	1,2
	Hayır	257	98,8
	Toplam	260	100,0
Altın, mücevher	Evet	2	0,8
	Hayır	258	99,2
	Toplam	260	100,0
Araba, kamyon	Evet	3	1,2
	Hayır	257	98,8
	Toplam	260	100,0
Diğer	Evet	0	0,0
	Hayır	260	100,0
	Toplam	260	100,0

Kurum bakımı alan yaşlılara sahip oldukları menkul ve gayrimenkulleri sorulmuş olup; cevap vermekte kısmen çekinceler yaşanmış olsa da genelinin doğru cevap verdiği kabul edilmiştir. Cevap verilmek istenmemesinin genel sebebi ise; mal varlıklarından dolayı kurum bakımından mahrum kalma endişesi olduğunu da ifade etmişlerdir. Sonuç olarak da yaşlılardan %25'inin ev, dükkân ya da binası, %12,7'sinin banka tasarrufu, %5'inin arazi ya da tarlası, %1,2'sinin döviz, %1,2'sinin araba veya kamyonu ve %0,8'inin altın veya mücevheri vardır.

Tablo 14: Yaşlıların Gelir Durumlarını ifadesi

Gelir Durumlarının İfadesi	n	%
Hiç geliri yok	21	8,1
Alt düzey	64	24,6
Orta düzey	122	46,9
Üst düzey	53	20,4
Toplam	260	100,0

Elde ettikleri gelir düzeyine göre herhangi bir geliri olup da çoğunluğunun emekli maaşı aldığı ve bunun yanında herhangi bir geliri olmaksızın sadece yaşlılık parası ile geçinen yaşlılara maddi durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda alınan yanıt genellikle 'orta' dır. Bu ifade ekonomik durumlarının kendilerini idare edecek konumda olduklarını belirtmektedir. Buna göre %46,9 oranı ile 122 kişi maddi durumunu “orta”, %24,6 ile 65 kişi “alt” ve %20,4 oranı ile de 53 kişi “üst düzey” olarak belirtmiştir.

Yaşlılardan %8,1'i ile 21 kişi hiç gelirin olmadığını söylemiştir. Fakat "gelir kaynaklarınız nelerdir?" diye sorulduğunda sadece 13 kişi ile %5,2'lik kısım geliri olmadığını ifade etmiştir. Bu da yaşlılar tarafından kontrol sorusuna verilen cevapların tutarsızlığını göstermektedir. Genel olarak ekonomik durumları çok yüksek olmayan huzurevi yaşlıları, sahip oldukları maddi koşullardan memnun görünmektedirler. Yapılan görüşmeler sırasında da ellerinde var olan koşulların kendileri için yeterli olduğunu ve içinde bulundukları yaş dolayısıyla da daha fazla bir gelire de ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 15: Gelir Durumunun Yeterlilik Değerlendirmesi

	n	Ortalama	Standart Sapma
Kendilerine Göre gelirlerinin yeterliliği	259	3,305	1,21825

Ortalama: 5,00-3,67: Düşük katılım, 3,66-2,34: Kısmen katılım,
2,33-1,00: Yüksek katılım

Yaşlılara gelirlerinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda soruya ortalama 3,3050 ile orta düzeyde katılım sağlanmış olup genel olarak yeterli olduğu görüşü hakimdir.

Tablo 16: Ek Gelir Getiren Uğraş

Ek Gelir Getiren Herhangi Bir Uğraş	n	%
Var	13	5,0
Yok	246	94,6
Toplam	259	99,6
Cevapsız	1	0,4
Toplam	260	100,0

Ankete katılan yaşlılara ek gelir getiren uğraşları olup olmadığı sorulmuştur. Sadece 13 kişi ile %5'i ek gelir getiren bir işle uğraştıklarını söylemiş, %0,4'ü cevap vermemiş ve 246 kişi ile %99,6'sı da böyle bir uğraşlarının olmadığını söylemişlerdir.

Tablo 17: Kurum Ücreti Haricinde Ek Harcama Yapılması

Kuruma Ödenen Ücret Haricinde Ek Harcama Yapılması		n	%
Kurum Tarafından Alına Ek ücretler	Evet	51	19,6
	Hayır	209	80,4
	Toplam	260	100,0
Dışardan yapılan alışveriş	Evet	133	51,2
	Hayır	127	48,8
	Toplam	260	100,0
Gıda sağlık giyim harcamaları	Evet	113	43,5
	Hayır	147	56,5
	Toplam	260	100,0
Sosyal kültürel faaliyetlere katılım	Evet	47	18,1
	Hayır	213	81,9
	Toplam	260	100,0
Harcama yapmıyorum	Evet	87	33,5
	Hayır	172	66,2
	Toplam	259	99,6
	Cevapsız	1	0,4
	Toplam	260	100,0
Diğer	Evet	10	3,8
	Hayır	250	96,2
	Toplam	260	100,0

Sahip oldukları maddi olanakların, onların sağlık ve ilaç giderlerini kolayca karşılaması ve ara sıra istedikleri bazı şeyleri (meyve, dondurma ya da birisine alınmış küçük bir hediye gibi) düşünmeden almaları maddi durumlarını yeterli görmeleri için geçerli gerekçeler olarak görünmektedir. Kuruma ödedikleri ücret haricinde %51,2 ile 133 kişi dışardan alışveriş yaptıklarını, %43,5 ile 113 kişi gıda, sağlık ve giyim harcaması yaptıklarını, %33,5 ile 87 kişi hiç harcama yapmadığını, %19,6 ile 51 kişi kurum içerisinde ek harcama yaptığını, %18,1 ile 47 kişi sosyal ve kültürel faaliyetlere harcama yaptığını ve %3,8 ile 10 kişi diğer adı altında harcama yaptıklarını ifade etmişlerdir. Diğer olarak söylenenler genellikle diğer sosyal hizmet kurumlarında ve dışarıda ihtiyacı olan kişilere yapılan harcamalardır.

Tablo 18: Yaşlıların Sağlık Sorunları ve Sağlık Harcamaları

Sürekli Tedavi Gerektiren Bir Sağlık Sorununun Olması	n	%
Var	136	52,3
Yok	124	47,7
Toplam	260	100,0
Hangi Sıklıkla Hastaneye Gidilmekte		
Her gün	7	2,7
Haftada 1 kez	7	2,7
15 günde 1kez	20	7,7
Ayda 1 kez veya daha seyrek	226	86,9
Toplam	260	100,0
Aylık Özel Sağlık Harcamalarının Miktarı		
0-100 ytl	218	83,8
101-200 ytl	20	7,7
201-300 ytl	4	1,5
301-400 ytl	10	3,8
401 ytl ve üzeri	8	3,1
Toplam	260	100,0

Ankete katılan kurum yaşlılarının %52,3'ünün sürekli tedavi gerektiren bir sağlık sorunu vardır. Tüm anket yapılan kurumlarda 24 saat sağlık hizmeti veriliyor olmasından kaynaklı olarak sağlık durumlarının beklenenin üzerinde iyi olduğu gözlemlenmiştir.

4.4.4. Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlılarının Kurum Öncesi Yaşam ve Kuruma Geliş Sebepleri İle İlgili Sonuçlar

Tablo 19: Huzurevi Yaşlılarının Kurum Öncesi Yaşam ve Kuruma Geliş Sebepleri

Kuruma Gelmeden Önce Yaşanılan Yer	n	%
İl	226	86,9
İlçe	17	6,5
Köy	17	6,5
Toplam	260	100,0
Ankara'da Bulunma Suresi		
0-10 yıl	42	16,2
11-20 yıl	25	9,6
21-30 yıl	21	8,1
31-40 yıl	36	13,8
41 yıl ve üzeri	94	36,2
Tüm hayatı boyunca	42	16,2
Toplam	260	100,0
Kuruma Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi Veya Kişiler		
Yalnız başıma evimde	119	45,8
Eşimle	72	27,7
Çocuklarımla yanında	43	16,5
Akrabalarımla yanında	20	7,7
Başka bir sosyal hizmet kurumunda	6	2,3
Toplam	260	100,0

Araştırmaya katılan yaşlıların huzurevine gelmeden önceki yaşamları ve huzurevine geliş sebepleri ile ilgili sorular sorulduğunda; yaşlıların %86,9'unun illerde ve %6,5'inin de ilçe ve köylerde yaşadığı anlaşılmaktadır. Bu sonuca göre ise yaşlıların büyük çoğunluğunun genel olarak il yaşamını tercih ettikleri görülmektedir.

Yine yaşlıların kaç yıldır Ankara'da oldukları öğrenilmek istendiğinde ise %36,2'sinin 41 yıl ve üzeri, %16,2'sinin tüm hayatı boyunca, %16,2'sinin 0–10 yıl, %13,8'inin 31–40 yıl, %9,6'sının 11–20 yıl ve %8,1'inin de 21-30 yıl arasında Ankara'da yaşadığı görülmektedir. Buradan çıkarılacak sonuç ise, yaşlıların büyük kısmının tüm hayatı boyunca değil ama 41 yıl ve daha uzun süre Ankara'da yaşamış olduklarıdır. Tüm katılımcılar Ankara'da kuruma gelmeden önce kısa süreli de olsa bulunduklarını ifade ettiklerinden kuruma gelmeden önce yaşanan yerde ilçe ve köyler de Ankara'nın ilçe ve köyleri olarak algılanabilir.

Kuruma gelmeden önce kiminle veya kimlerle yaşadıkları sorulduğunda; %45,8'inin evde yalnız yaşadığı, %27,7'sinin eşiyle birlikte, %16,5'inin çocuklarının yanında, %7,7'sinin akrabalarının yanında ve %2,3'ünün ise başka bir sosyal hizmet kurumunda yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Yaşlıların büyük çoğunluğun evde yalnız yaşadığı anlaşılmaktadır. Bu da ileride de görüleceği gibi evde tek başına kalamama ve güvenlik arama ihtiyacından dolayı huzurevi talebini gerektirmektedir.

Tablo 20: Yaşlılardan Kurum Öncesi Yaşamda Evde Bakıcı veya Yardımcılarının Olma Durumu

Kurum Öncesi Yaşamda Evde Bakıcı veya Yardımcı Bulunması	n	%
Var	33	12,7
Yok	227	87,3
Toplam	260	100,0

Tablo 20'ye göre araştırmaya katılan yaşlıların %87,3'ünün kurum yaşamı öncesi evinde bakıcısı veya yardımcısı olmayıp, %12,7'sinin evde bakıcısı veya yardımcısı bulunmaktadır.

Tablo 21: Yaşlının Kurum Öncesi Yalnız Yaşama Süresi

Yaşlının Kurum bakımı Öncesinde Yalnız Yaşama Süresi	n	%
0-5 yıl	128	49,2
6-10 yıl	35	13,5
11-15 yıl	25	9,6
16-20 yıl	22	8,5
21 yıl ve üzeri	50	19,2
Toplam	260	100,0

Ankete katılan yaşlıların yalnız yaşama süreleri incelendiğinde; %49,2'sinin 0-5 yıl, %19,2'sinin 21 yıl ve daha fazla, %13,5'inin 6-10 yıl, %9,6'sının 11-15 yıl ve %8,5'inin de 16-20 yıl süre ile yalnız yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlar bizi yaşlıların büyük çoğunluğun 0–5 yıl gibi kısa süreli bir yalnız yaşam süresinden hemen sonra kurum bakımını tercih ettiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 22: Huzurevi Yaşlılarının Kuruma Gelme Nedenleri

Kuruma Gelme Nedenleri		n (*)	% (**)
Sağlık nedeniyle	Evet	92	35,4
	Hayır	168	64,6
	Toplam	260	100,0
Ekonomik yetersizlik	Evet	29	11,2
	Hayır	231	88,8
	Toplam	260	100,0
Yemek, temizlik, ısınma gibi hizmetlerin hazır verilmesi	Evet	82	31,5
	Hayır	178	68,5
	Toplam	260	100,0
Kurumda Hazır sağlık personelinin bulunması	Evet	57	21,9
	Hayır	203	78,1
	Toplam	260	100,0
Aile içi sorunlar	Evet	52	20,0
	Hayır	208	80,0
	Toplam	260	100,0
Güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamama	Evet	151	58,1
	Hayır	109	41,9
	Toplam	260	100,0
Kimseye yük olmak istememek	Evet	134	51,5
	Hayır	126	48,5
	Toplam	260	100,0
Gelecekte bakıma muhtaç olacağını düşünmek	Evet	121	46,5
	Hayır	139	53,5
	Toplam	260	100,0
Yaşlılığın huzurevinde geçmesine inandığı için	Evet	37	14,2
	Hayır	223	85,8
	Toplam	260	100,0
Yaşlılarıyla birlikte yaşama isteği	Evet	32	12,3
	Hayır	228	87,7
	Toplam	260	100,0

(*) Birden fazla cevap verilmiştir.

(**) Yüzde oranları, birden fazla cevap sayısına göre verilmiştir.

Yaşlıların kuruma gelme nedenleri incelendiğinde birden fazla neden öne sürülmüştür. Araştırmaya cevap verenlerden %58,1'i güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamamak, % 51,5'i kimseye yük olmak istememek, %46,5'i gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmelerinden, %35,4'ü sağlık nedeniyle, %31,5'i yemek, temizlik, ısınma gibi hizmetlerin kurum tarafından veriliyor olmasından, %21,9'unun kurumda devamlı sağlık personeli bulunmasından, %20'sinin aile içi sorunlardan, %14,2'si yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inandığı için, %12,3'ü yaşlılarıyla birlikte yaşamak istediklerinden ve %10'u da ekonomik yetersizlikler sebebi ile kurum bakımını tercih etmektedirler. Buradan ulaşılan sonuç ise; kurum öncesi yaşamda yaşlıların büyük çoğunluğu; kurum öncesi yaşamda evde yalnız yaşadığını ifade etmektedirler. Huzurevi talep sebeplerinin ilki olarak güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamamayı söylemektedirler. Bu nedenle de kurum bakımını tercih etmektedirler.

Tablo 23:Yaşlının Huzur Evine Gelme Sebepleri Olmasaydı Kalmayı Tercih Edecekleri Yer, Geliş Kararını Veren Kişi, Kurumda Kalma Süresi, Kurum Hakkında Bilgi ve Kuruma Ücret Ödeme Durumu

Huzurevine Gelme Sebepleri Olmasaydı Kalmayı Tercih Edecekleri Yer	n	%
Huzurevinde	111	42,7
Çocuklarıyla birlikte	11	4,2
Evde yalnız	113	43,5
Evde yardımcı veya bakıcı ile	24	9,2
Diğer	1	0,4
Toplam	260	100,0
Diğer: Arkadaşlarımla kalırdım		
Geliş Kararını Veren Kişi Veya Kişiler		
Kendi kararı	205	78,8
Çocuklarının kararı	26	10,0
Akrabalarının kararı	13	5,0
Komşularının kararı	7	2,7
Diğer	9	3,5
Toplam	260	100,0
Diğer:		
Arkadaşları	4	1,56
Eşi	2	0,78
Devlet kurumlarınca	3	1,16
Kurumda Kalma Süresi		
1 yıldan az	53	20,4
1-3 yıl arası	95	36,5
4-6 yıl arası	75	28,8
7-9 yıl arası	17	6,5
10 yıl ve daha fazlası	20	7,7
Toplam	260	100,0
Kurum Hakkında Önceden Bilgi Edinilmesi		
Evet yeterince	62	23,8
Evet, çok az	72	27,7
Hayır, hiç bilgisi yok	126	48,5
Toplam	260	100,0
Kuruma Ücret Ödeme Durumu		
Ödeniyor	223	85,8
Ödenmiyor	37	14,2
Toplam	260	100,0

Ankete cevap veren yaşlılar huzurevine gelme sebepleri olmasaydı %43,5 oranında evde yalnız kalmayı, %42,7 oranında yine huzurevinde kalmayı isteyeceklerini, %9,2 oranında evde yardımcı veya bakıcı ile, %4,2'si çocukları ile ve %0,4'ü de arkadaşları ile kalmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Kuruma geliş kararını verenlerin %78,8' i kendi kararı olduğunu, %10'u çocuklarının bu kararı verdiğini, %5'inin akrabaları tarafından verildiğini, %3,5 diğer ve %2,7'sinin komşularının kararı olduğunu söylemişlerdir. Diğer cevabını verenlerin tüm cevabı verenlere oranı ise; %1,56'sı arkadaşlarının, %1,16'sı devlet kurumlarınca ve %0,78'i de eşinin kararı nedeniyle kuruma geliş kararlarını vermişlerdir.

Yaşlılardan %36,5'i kurumda 1-3 yıl arası, %28,8'i 4-6 yıl, %20,4'ü 1 yıldan az, %7,7'si 10 yıldan fazla ve %6,5'i de 7-9 yıldır kurumda kalmaktadır. Genelde kurumda kalma süresi 13 yıl olarak söylenebilir.

Her ne kadar kuruma gelme kararını yaşlılar kendileri vermiş olsa da kurum hakkında %48,5'inin hiç bilgisi olmayıp, %27,7'sinin çok az bilgisi ve %23,8'inin yeterince bilgisi vardır. Dolayısıyla kuruma kendileri gelmek istemişler fakat kurum hakkında önceden bilgi edinmemişlerdir.

Kurumda kalan yaşlıların %85,8'i kuruma ödeme yapmakta ve kalan %14,2'si de ödeme yapmamaktadır.

4.4.5. Araştırmaya Katılan Huzurevi Yaşlılarının Kurum Memnuniyeti, Beklentileri ve Kurum Değerlendirme Sonuçları

Tablo 24: Huzurevi çalışanlarının ilgisinden memnuniyet

	n	Ortalama	Standart Sapma
Huzurevi Çalışanlarının İlgisinden Memnuniyet	260	1,5923	0,75793

Ortalama: 5,00-3,67: Düşük katılım, 3,66-2,34: Kısmen katılım,
2,33-1,00: Yüksek katılım

Huzurevi çalışanlarının ilgisinden memnuniyet sorusuna yüksek düzeyde katılım sağlanmıştır. Yüksek düzeydeki katılım çalışanlardan memnuniyetin üst düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 25: Yaşanan odalar ve ödenen ücret karşılığının alındığına inanılması

Yaşlılara göre Yaşanılan Odalardaki Kişi Sayısı	n	%
Tek kişilik	203	78,1
2 kişilik	47	18,1
3 kişilik	9	3,5
4 kişilik ve üzeri	1	0,4
Toplam	260	100,0
Kuruma Ödenilen Ücretin Karşılığının Alındığına İnanılması		
Evet	222	85,4
Hayır	4	1,5
Kısmen	10	3,8
Ödeme yapılmıyor	24	9,2
Toplam	260	100,0

Kurum bakımı alanlardan büyük çoğunluğu tek kişilik odalarda kalmaktadırlar. Sosyal hizmetlere bağlı olan Seyranbağlar yaşlı bakım evinin ise odalarının tek kişilik yapılabilmesi için tadilata gidileceği kalanlardan ve yöneticilerden öğrenilmiştir. Yaşlıların %78,1'i ile 203 kişi odaların tek kişilik olmasını, %18,1 ile 47 kişi iki kişilik olmasını, %3,5 ile 9 kişi 3 kişilik oda tercih ettiklerini ve %0,4 ile 1 kişi kalabalığı sevdiğini ve 4 kişi ve üzeri sayıda arkadaşla kalacağı oda istediklerini söylemişlerdir. İki ve daha fazla kişinin bulunduğu odaların tercih sebebi ise; yalnızlık korkusu, başlarına gelebilecek herhangi bir olumsuzlukta kurum çalışanlarına haber verebilecek birinin olması ya da onların tabiri ile can yoldaşlarının olmasını istemeleridir.

Tablo 26: Kurum Hizmetlerinin Yeterliliği

Kurum Hizmetleri Yeterlilik Değerlendirmesi		n	%
Personel Sayısı	Yeterli	218	83,8
	Az yeterli	25	9,6
	Yetersiz	17	6,5
	Toplam	260	100,0
Nitelikli Personel Sayısı	Yeterli	180	69,2
	Az yeterli	51	19,6
	Yetersiz	29	11,2
	Toplam	260	100,0
Sağlık Hizmetleri	Yeterli	182	70,0
	Az yeterli	50	19,2
	Yetersiz	28	10,8
	Toplam	260	100,0
Yönetim Hizmetleri	Yeterli	216	83,1
	Az yeterli	30	11,5
	Yetersiz	14	5,4
	Toplam	260	100,0
Fiziki Koşullar	Yeterli	240	92,3
	Az yeterli	17	6,5
	Yetersiz	3	1,2
	Toplam	260	100,0
Sosyo Kültürel Faaliyetler	Yeterli	166	63,8
	Az yeterli	57	21,9
	Yetersiz	37	14,2
	Toplam	260	100,0

Tablo 26'nın devamı

Kurum Hizmetleri Yeterlilik Değerlendirmesi		n	%
Yemek Hizmetleri	Yeterli	195	75,0
	Az yeterli	51	19,6
	Yetersiz	14	5,4
	Toplam	260	100,0
Güvenlik Hizmetleri	Yeterli	237	91,2
	Az yeterli	16	6,2
	Yetersiz	7	2,7
	Toplam	260	100,0
Fizik Tedavi Hizmetleri	Yeterli	133	51,2
	Az yeterli	13	5,0
	Yetersiz	13	5,0
	Toplam	159	61,2
	Cevapsız	101	38,8
	Toplam	260	100,0
Teknik Hizmetleri	Yeterli	250	96,2
	Az yeterli	7	2,7
	Yetersiz	3	1,2
	Toplam	260	100,0

Ankete katılan yaşlılardan kurum hizmetlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Kurumda kendilerine verilen hizmetlerden en çok memnuniyet duyulan konu teknik hizmetlerdir. Yaşlılar kurumlarının fiziki koşullarını %92,3 oranında yeterli bulmaktadırlar. Genellikle huzurevine geliş sebepleri arasında görülen evde tek başına kalamama ve güvenlik arama ihtiyacından kaynaklı olarak yaşlılar %91,2 oranında verilen güvenlik hizmetini yeterli bulmaktadırlar. Temizlik hizmetlerini yeterli bulan yaşlıların kriterini personel sayılarının yeterliliği takip etmektedir. %83,1 oranında yönetim hizmetleri yeterli görülmektedir. Yaşlıların yeterlilik değerlendirmelerini sıralamak istersek; %75 oranında yemek, %70 sağlık hizmetleri, %69,2 nitelikli personel sayısının yeterliliği, %63,8 sosyo-kültürel faaliyetler ve %51,2 oranında fizik tedavi hizmetleri yeterli olarak değerlendirilmiştir. Yaşlılar genel olarak sosyal aktivitelerin yetersiz olmasından şikâyetçi olmaktadır. Fizik tedavi hizmetlerini de genel olarak rehabilitasyon hizmetleri olarak düşünmekte ve bu nedenle yeterlilik düzeyleri düşük çıkmaktadır.

Tablo 27: Yaşlıların Huzurevi Yönetiminden Beklentileri

Yaşlıların Huzurevi Müdürü Olmaları Halinde Yapmayı Planladıkları İşler	n (*)	%(**)
Sosyal aktivitelerin artırılması	13	5,0
Alzheimer ve demans hastalarının farklı ortamda bulundurulması	12	4,6
Sosyal alanların artırılması	1	0,38
Alakart restoran hizmetinin verilmesi	2	0,77
Diyet yapanlarla yapmayanların yemekhanesinin ayrılması	1	0,38
Daha kalifiye işgücü istihdam edilmesi	1	0,38
Yaşlıların birbiri ile daha iyi iletişim kurmalarının sağlanması	2	0,77
Yönetim olarak daha çok yaşlılarla iç içe çalışmalar yapılması	1	0,38
Sertifikalı bakıcı eğitim hizmetinin verilmesi	1	0,38
Part time bakıcı çalıştırılması	3	1,15
Sağlık personel ve malzeme eksikliklerinin temin edilmesi	3	1,15
Yaşlılara sağlıklarını koruma eğitiminin verilmesi	4	1,54
Total	31	16,9
Cevapsız	229	88,1
Toplam	260	100,0

(*) Birden fazla cevap verilmiştir.

(**) Yüzde oranları birden fazla cevaba göre verilmiştir.

Kurum bakımı alan yaşlılara “huzurevi müdürü siz olsaydınız mevcut sunulan hizmetlerden farklı olarak neler yapmayı düşünürsünüz?” diye sorulmuştur. Herhangi bir cevap verilmeden kendi yorumlarının alınması tercih edilmiştir. Ankete katılan yaşlıların %88,1 ile 229 kişi soruya cevap vermek istememişlerdir. Bunun iki farklı nedeni vardır. Birincisi kurum yönetiminden çekinilmesi sebebiyle genel bir memnuniyetin olması ve var olan duruma kanaat getiriliyor olmasıdır. Bir diğer neden ise; Emekli sandığına bağlı kurumda kalanlar haricinde diğer yaşlıların genel olarak kuruma gelişlerinin mutlaka bir zorunlulukları olması ve kurum öncesi yaşamlarının çeşitli olumsuzluk ve zorlukları olması sebebiyle kurum hizmetinin var olan durumlarından daha iyi olmasıdır. Sorulan sorunun sonuncu soru olması da az bir etken olsa da cevap verilmek istenmemesine yol açabilmektedir.

Yaşlılardan %16,9'u çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Yaşlıların %5'i mevcut durumdaki sosyal aktiviteleri yeterli bulmadıkları için bu yönde çalışmalar yapacaklarını ifade etmektedirler. 12 kişi ile %4,6'sı alzheimer ve demans hastalarının kendileri ile aynı ortamda bulunmamaları gerektiğini düşünmektedirler. Bunun da farklı nedenlerini açıklamışlardır. Bu hastalarla bir arada olmak diğer sağlıklı yaşlıları psikolojik olarak etkilemekte ve kendilerinin de bir gün bu şekilde olabileceklerini düşünmelerine sebep olmaktadır. Bir başka nedeni de bu kişilerin unutkanlıkları nedeni ile şahıslarına ait mekânlara hasta kişilerin kendi odaları zannederek geldiklerini ve bu konuda çok farklı sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmektedirler.

Huzurevinde kalan ve anket sorularına cevap veren %16,9 yaşlının %1,15'i sertifikalı bakıcılardan bir kısmının part time olarak kurumlarda yaşlılara hizmet verebileceklerini önermişlerdir. Bu hizmetin gönüllülük esasına göre ya da ücretli olarak da yapılabileceği önerilmiştir.

Eksikliği hissedilen bir konu da yöneticilerin kendilerinden uzak olmalarıdır. %0,38 ile 1 kişi yönetim olarak “yaşlılarla daha çok iç içe çalışmalar yaptım” demektedirler. Yine aynı oranda yaşlı mevcut sağlık durumlarını korumak için neler yapmaları gerektiğinin eğitimini vermek istemişler ve özellikle de düşerken nasıl korunulabileceği konusunda bilgilendirmeler yapacaklarını söylemişlerdir. Yorum yapan yaşlıların %1,15'i sağlık hizmetlerini yeterli bulmuş fakat malzeme ve hekim yönünden eksiklikler olduğunu ve bunları en iyi şekilde temin edeceklerini düşünmektedirler. Özellikle Emekli sandığına bağlı dinlenme ve yaşlı bakım merkezinde hekimin bulunması ve bu hekimin yaşlı sayısına göre yeterli bulunmaması hekim teminini ve laboratuvar hizmetinin kurumda verilebileceği düşüncesi malzeme teminini düşündürmektedir. Yaşlılar tarafından yapılması düşünülen bir diğer faaliyet de yaşlıların birbirleri ile iletişimlerinin artırılabilmesi için çeşitli faaliyetlerde bulunacaklarını söylemektedirler. Bunların yanısıra yemek hizmetlerinden çok ciddi anlamda memnuniyetsizlik söz konusu olmasa da alakart restaurant hizmeti verip çeşitlilik sağlamayı planlamışlardır.

Öneride bulunan diğer konular da yaşlıların %0.38 ile 1'er kişi tarafından ifade edilmiştir. Bu öneriler; “kurumda var olan sosyal alanları arttırdım, yemekhaneleri diyet yapanlar ve yapmayanlara göre ayırdım, daha kalifiye iş gücü istihdam ederdim ve sertifikalı bakıcı eğitimi verirdim” şeklindedir.

4.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 28: Yaşlıların Medeni Durumları İle Kurum Bakımı Öncesi Yaşlıların Evinde Bakıcı veya Yardımcı Olma Durumu Arasındaki İlişki

Kurum Öncesi Evde Bakıcı veya yardımcı Bulunması	Medeni Durum										Toplam	f	p
	Evlenmedi		Evli		Eşi ölmüş		Boşanmış		Ayrı yaşıyor				
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%			
Var	5	20,83	7	30,43	18	10,47	2	5,26	1	33,3	33	0	0
Yok	19	79,17	16	69,57	154	89,53	36	94,74	2	66,67	227		
Toplam	24	100,0	23	100,0	172	100,0	38	100,0	3	100,0	260		

*p<0,05

Hipotez; H₀₁: Yaşlıların medeni durumları ile kurum bakımı öncesi evde bakıcı veya yardımcıların olması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₁: Yaşlıların medeni durumları ile kurum bakımı öncesi evde bakıcı veya yardımcıların olması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların medeni durumları ile kurum bakımı öncesi evde bakıcılarının ya da yardımcıların bulunmaları arasındaki ilişki incelendiğinde evde bakıcısı olanların çoğunlukla eşi ölmüş kişiler olduğu görülmektedir. Tablo 27'ye göre evli yaşlıların %30,43'ünün, boşanmış olan yaşlıların da % 5,26'sının evde bakıcı veya yardımcısı vardır. Kurum öncesi yaşamda halen evli kişilerin boşanmış kişilere kıyasla daha fazla oranda bakıcısı olduğunu görülmektedir. Buradan çıkan sonuç ise; boşanmış kişilerle halen evli kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0.02 bulunmuş dolayısıyla p<0.05). Medeni durumla kurum öncesi bakımda evde bakıcı veya yardımcıların bulunması arsında evli olan yaşlılarla boşanmış yaşlılar arasında anlamlı bir ilişki olduğundan H₀₁ hipotezi kabul edilmektedir.

Tablo 29: Medeni Durum İle Kuruma Gelme Sebepleri Arasındaki İlişki

KURUMA GELME NEDENLERİ		Medeni Durum												f	p
		Evlenmedi		Evli		Eşi ölmüş		Boşanmış		Ayrı yaşıyor		Toplam			
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sağlık nedeniyle	Evett	9	9,78	14	15,22	54	58,7	14	15,22	1	1,09	92	35,38	2	0
	Hayır	15	7,58	9	5,36	118	70,24	24	14,29	2	1,19	168	64,62		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Ekonomik yetersizlik	Evett	6	20,69	1	3,45	11	37,93	11	37,93	0	0	29	11,15	6	0
	Hayır	18	7,79	22	9,52	161	69,7	27	11,69	3	1,3	231	88,85		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	1,15	260	100,0		
Yemek Temizlik Isınma Hizmetlerinin Hazır Verilmesi	Evett	11	13,41	10	12,2	49	59,76	12	14,63	0	0,00	82	31,54	2	0
	Hayır	13	7,3	13	7,3	123	69,1	26	14,61	3	1,69	178	68,46		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Hazır Sağlık Personelinin Bulunması	Evett	4	7,01	11	19,3	31	54,39	10	17,54	1	1,75	57	21,92	3	0
	Hayır	20	9,85	12	5,91	141	69,46	28	13,79	2	0,99	203	78,08		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Aile İçi Sorunlar	Evett	4	7,69	6	11,54	27	51,92	13	25	2	3,85	52	20,0	3	0
	Hayır	20	9,62	17	8,17	145	69,71	25	12,02	1	0,48	208	80,0		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Güvenlik Arama İhtiyacı, Evde Tek Başına Kalamama	Evett	16	10,6	4	2,65	113	74,83	17	11,26	1	0,66	151	58,08	7	0
	Hayır	8	7,34	19	17,43	59	54,13	21	19,27	2	1,83	109	41,92		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Kimseye Yük Olmak İstememe	Evett	8	5,97	11	8,21	101	75,37	13	9,7	1	0,75	134	51,54	3	0
	Hayır	16	12,7	12	9,52	71	56,35	25	19,84	2	1,59	126	48,46		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Gelecekte Bakıma Muhtaç Olacağını Düşünme	Evett	13	10,74	11	9,09	81	66,94	15	12,4	1	0,83	121	46,54	0	1
	Hayır	11	7,91	12	8,63	91	65,47	23	16,55	2	1,44	139	53,46		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Yaşlılığın Huzurevinde Geçeceğine İnanması	Evett	2	5,41	1	2,7	29	78,38	4	10,82	1	2,7	37	14,23	1	0
	Hayır	22	91,67	22	95,65	143	83,14	34	89,47	2	66,67	223	85,77		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		
Yaşlılarıyla Birlikte Yaşama İsteği	Evett	2	6,25	2	6,25	25	78,13	2	6,25	1	3,13	32	12,31	1	0
	Hayır	22	9,65	21	9,21	147	64,47	36	15,79	2	0,88	228	87,69		
	Toplam	24	9,23	23	8,85	172	66,16	38	14,61	3	14,61	260	100,0		

p< 0,05

H0₂: Yaşlıların sağlık nedeni ile kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₂: Yaşlıların sağlık nedeni ile kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ankete katılan yaşlıların medeni durumları ile sağlık sebepleriyle kuruma gelme nedenleri arasındaki ilişkide; yaşlıların %35,38'i kuruma gelme nedenlerinden birisi olarak sağlık sebebini göstermiştir. Yaşlılardan eşi ölmüş olanların %58,70'i, evli veya boşanmış olanların %15,22'si, hiç evlenmeyenlerin %9,78'i ve eşinden ayrı yaşayanların da %1,09'u sağlık sebeplerinden dolayı huzurevlerini tercih etmektedirler. $P=0,10$ olması sebebiyle medeni durum ile sağlık sebebiyle kuruma gelme nedenleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamış olup; $H0_2$ hipotezi red edilip, $H1_2$ hipotezi kabul edilmektedir.

H0₃: Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₃: Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ekonomik yetersizlikler nedeniyle huzurevi talebi ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakacak olursak; ekonomik yetersizlikten dolayı kuruma gelenler ankete katılanların %11,15'idir. Eşi ölmüş ve boşanmış kişilerin %37,93'ü, hiç evlenmeyenlerin %20,69'u ve evli olanların %3,45'i ekonomik yetersizlikler sebebiyle huzurevlerinde kalmak isterlerken eşlerinde ayrı yaşayanların bu talebi sıfırdır. Eşi ölmüş veya boşanmış kişiler kuruma daha çok ekonomik yetersizliklerden başvurumaktadırlar. Dolayısıyla yaşlı bakım hizmetlerine olan talebin belirlenebilmesi amacıyla yaşlıların ekonomik yetersizlikleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki var olup $H0_3$ hipotezi kabul edilip $H1_3$ hipotezi red edilmektedir.

H0₄: Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₄: Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Yaşlıların hazır sağlık personelinin 24 saat hizmet veriyor olmasıyla medeni durumları arasında kuruma geliş talepleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık personelinin bulunmasından dolayı kurum bakımını tercih edenlerin %54,39'unun eşi ölmüş, %19,30'u evli, %17,54'ü boşanmış, %7,01'i hiç evlenmemiş ve %1,75'i eşinden ayrı yaşamaktadır. Eşi ölmüş kişiler daha çok hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelirken halen evli olan yaşlılar bu sebebe fazla katılım göstermemişlerdir. İstatistikî olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup H0₄ hipotezi kabul, H1₄ hipotezi red edilmiştir.

H0₅: Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₅: Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Medeni durum ile aile içi sorunlardan dolayı huzurevlerini tercih edenler arasındaki ilişkide; aile içi sorunlar sebebiyle gelenlerin %51,92'sinin eşi ölmüş dolayısıyla genelde çocukları ve akrabaları ile yaşamalarından kaynaklı sorunlarla karşılaşmış olduğu düşünülmektedir.

Aile içi sorunlar nedeniyle kurum bakımını tercih edenlerin %25'i boşanmış, %11,54'ü halen evli, %7,69'u hiç evlenmemiş ve %3,85'i de eşinden ayrı yaşamaktadır. İstatistiki analiz sonucunda; p değeri 0,02 ile 0,05 değerinden küçük olduğu için eşi ölmüş ve boşanmış kişilerin kurum bakımına aile içi sorunlardan kaynaklı olarak gelmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğundan H0₅ hipotezi kabul edilmiş, H1₅ hipotezi red edilmiştir.

H0₆: Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₆: Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ankete katılan yaşlıların medeni durumları ile kuruma olan taleplerini etkileyeceği düşünülen güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamama arasında istatistiksel bir ilişki olup olmamasına bakılırsa; güvenlik nedeniyle kuruma gelmeyi tercih edenlerin %74,83 ile eşi ölmüş kişiler olduğu görülmektedir. %11,26 ile boşanmış ve %10,6 ile evlenmemiş, %2,65 ile evli ve %0,66 ile de eşinden ayrı yaşayan kişiler güvenlik ve evde tek başına kalamama gerekçesi ile kurum bakımını tercih etmektedirler. İstatistiki sonuçlar değerlendirildiğinde eşi ölmüş olan kişilerin diğer kişilere oranla ciddi bir farkla bu sebeplerden dolayı kurum bakımını tercih ettiği görüldüğünden aralarında anlamlı bir ilişkinin varlığından söz edilebilir ve H0₆ hipotezi kabul edilip H1₆ hipotezi red edilmektedir.

H0₇: Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₇: Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Genelde eşi ölmüş olan kişiler kimseye yük olmak istemedikleri için kurum bakımını tercih etmekte ve bu tercihte bulunanların %75,37'sini oluşturmaktadırlar. Boşanmış kişiler %9,7 ile, evli kişiler %8,21 ile, hiç evlenmeyenler %5,97 ile ve eşinden ayrı yaşayan kişiler de %0,75 oranında kimseye yük olmamak için böyle bir talepte bulunduklarını ifade etmektedirler. $p=0,02$ ve $p<0,05$ olduğu için medeni durum ile kimseye yük olmak istememe arasında anlamlı bir ilişki vardır ve H0₇ hipotezi kabul, H1₇ hipotezi red edilecektir.

H0₈: Yaşlıların gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmelerinden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₈: Yaşlıların gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmelerinden dolayı kuruma gelmeleriyle medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Gelecekte bakıma muhtaç olacağını düşünenler genelde eşini kaybetmiş kişilerdir. Bu düşünceye sahip olan kişiler soruya olumlu cevap verenlerin %66,94'ünü oluşturmaktadır. Gelecekte bakıma muhtaç olacağını düşünenlerin %12,40'ı boşanmış, %10,74'ü evlenmemiş, %9,09'u halen evli ve %0,83'ü de eşinden ayrı yaşayan kişilerdir. Analiz sonucunda istatistikî olarak anlamlı bir ilişki görülmemiş olup H0₈ hipotezi red edilmiş ve H1₈ hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 30: Eğitim durumu ile kuruma gelme nedeni arasındaki ilişki

KURUMA GELME NEDENLERİ		EĞİTİM DURUMU																f		p	
		Okuma Yazma Bilmiyor		İlkokul Terk		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Lisansüstü		Toplam					
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Sağlık Nedeniyle	Evet	14	15,4	2	2,2	31	33,0	11	12,3	17	18,7	12	13,1	5	5,3	92	35,4	1,98	0,1		
	Hayır	26	15,4	15	8,88	39	23,7	19	11,2	39	23,1	29	17,2	1	0,6	168	64,6				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Ekonomik Yetersizlik	Evet	12	42,9	4	14,3	7	21,4	0	0,00	5	17,9	1	3,57	0	0,00	29	11,2	5,94	0		
	Hayır	28	12,1	13	5,6	63	27,6	30	12,9	51	22,0	40	17,2	6	2,6	231	88,9				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Yemek Temizlik Isınma Hizmetlerinin Hazır Verilmesi	Evet	5	6,1	7	8,54	22	26,8	12	14,6	16	19,5	17	20,7	3	3,7	82	31,5	1,48	0,21		
	Hayır	35	19,7	10	5,62	48	27,0	18	10,1	40	22,5	24	13,5	3	1,7	178	68,5				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Hazır Sağlık Personelinin Bulunması	Evet	8	14,0	2	3,51	15	26,3	6	10,5	15	26,3	8	14,0	3	5,3	57	21,9	2,97	0,02		
	Hayır	32	15,8	15	7,39	55	27,1	24	11,8	41	20,2	33	16,3	3	1,5	203	78,1				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Aile İçi Sorunlar	Evet	11	21,2	4	7,69	11	21,2	7	13,5	12	23,1	6	11,5	1	1,9	52	20,0	2,97	0,02		
	Hayır	29	13,9	13	6,25	59	28,4	23	11,1	44	21,2	35	16,8	5	2,4	208	80,0				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Güvenlik Arama İhtiyacı, Evde Tek Başına Kalamama	Evet	24	16,0	12	8,00	42	27,3	19	12,7	33	22,00	20	13,3	1	0,7	151	58,1	6,48	0		
	Hayır	16	14,6	5	4,55	28	26,4	11	10,00	23	20,9	21	19,1	5	4,6	109	41,9				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Kimseye Yük Olmak İstememe	Evet	21	15,7	10	7,46	36	26,9	17	12,7	28	20,9	21	15,7	1	0,8	134	51,5	3,04	0,02		
	Hayır	19	15,1	7	5,56	34	27,00	13	10,3	28	22,2	20	15,9	5	4,00	126	48,5				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Gelecekte Bakıma Muhtaç Olacağını Düşünme	Evet	16	13,2	4	3,31	33	26,5	10	8,26	33	27,3	25	20,7	1	0,8	122	46,5	0,39	0,82		
	Hayır	24	17,3	13	9,35	37	27,3	20	14,4	23	16,6	16	11,5	5	3,6	138	53,5				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Yaşlılığın Huzurevinde Geçeceğine İnanması	Evet	8	21,6	2	5,41	9	24,3	4	10,8	6	16,2	7	18,9	1	2,7	37	14,2	1,2	0,31		
	Hayır	32	14,4	15	6,73	61	27,4	26	11,7	50	22,4	34	15,3	5	2,2	223	85,8				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				
Yaşlılarıyla Birlikte Yaşama İsteği	Evet	3	9,38	2	6,25	6	18,8	5	15,6	9	28,1	6	18,8	1	3,1	32	12,3	1,1	0,36		
	Hayır	37	16,2	15	6,58	64	28,1	25	11,00	47	20,6	35	15,4	5	2,2	228	87,7				
	Toplam	40	15,4	17	6,54	70	26,9	30	11,5	56	21,5	41	15,8	6	2,3	260	100,0				

H0₉: Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₉: Yaşlıların ekonomik yetersizliklerden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Eğitim durumu ile ekonomik yetersizliklerden kaynaklı huzur evi talebinde ankete katılanların %28'i ekonomik yetersizliklerden dolayı kurum bakımını istediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle kurum bakımını belirtenlerden; %42,86'sı okuma yazma bilmemekte, %21,43'ü ilkokul, %17,85'i lise mezunu, %14,29'u ilkokul terk, %3,57'si de üniversite mezunudur. Ortaokul ve lisansüstü mezunlarının hiçbiri ekonomik yetersizlikten dolayı kurum bakımının tercih ettiklerini belirtmemişlerdir. İstatistiki verilerden de anlaşıldığı üzere okuma yazma bilmeyenlerin büyük çoğunluğu ekonomik yetersizliklerden dolayı kurum bakımını tercih ettiklerinden; H0₉ hipotezi kabul, H1₉ red edilmiştir.

H0₁₀: Yaşlıların yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerin hazır veriliyor olmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₀: Yaşlıların yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerin hazır veriliyor olmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerin hazır veriliyor olmasından dolayı kurum bakımını tercih edenler tüm yaşlıların %31,54'üdür. Hizmetlerden dolayı tercih edenlerin %26,83'ü ilkokul, %20,73'ü üniversite, %19,51'i lise, %14,63'ü ortaokul mezunu, %8,54'ü ilkokul terk, %6,1'i okuma yazma bilmiyor ve %3,66'sı da lisansüstü mezundur. Eğitim durumu yükseldikçe hizmetten yararlanma talebi artıyor olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlılık bulunamadığından H0₁₀ hipotezi red, H1₁₀ hipotezi kabul edilmiştir.

H0₁₁: Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₁: Yaşlıların kurumda hazır sağlık personelinin bulunmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hazır sağlık personelinin kurumlarda bulunması ile eğitim durumunu incelediğinde; kurum tercihinde bulunanların %21,92'si bu gerekçe ile kurumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin 24 saat kurumda bulunmalarından dolayı tercih edenlerin %26,32'si ilkokul mezunu ve yine aynı oranda lise mezunudur. %14,03'ü üniversite mezunu ve aynı oranda okuma yazma bilmeyen yaşlılardır. %10,53'ü ortaokul, %5,26'sı lisansüstü mezunu ve %3,51'i ilkokul terktir. İstatistiksel olarak bulunan p değeri 0,05'den küçük olduğu için ve ilkokul ve lise mezunlarının aynı oranda ve diğer eğitim seviyesinde olanlarla belirgin bir farklılıkta olumlu cevaplarından dolayı H0₁₁ hipotezi kabul, H1₁₁ hipotezi red edilmiştir.

H0₁₂: Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₂: Yaşlıların aile içi sorunlar nedeniyle kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ankete katılan yaşlıların %20'sinin kurum bakımını talep nedeni aile içi sorunlardır. Aile içi sorun yaşayıp kurum bakımını tercih edenlerin %23,07'si lise mezunu, %21,15'i okuma yazma bilmiyor, %21,15'i ilkokul mezunu, %13,46'sı ortaokul, %11,54'ü üniversite mezunu, %7,69'u ilkokul terk ve %1,92'si lisansüstü mezunudur. Genel olarak okuma yazma bilmeyenler ve ilkokul mezunları aile içi sorunlar nedeniyle kurum bakımını talep etmişlerdir. Aile içi sorunla eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olup H0₁₂ hipotezi kabul, H1₁₂ hipotezi red edilmiştir.

H0₁₃: Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₃: Yaşlıların güvenlik arama ihtiyaçları ve evde tek başına kalamamalarından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Güvenlik arama ihtiyacı ya da evde tek başına kalamama kurum bakımının talep nedenlerinden en fazla katılımcı tarafından tercih edilenidir. Yaşlıların %58,8'i bu ihtiyaçtan dolayı kurumu talep etmektedir. Güvenlik gerekçesiyle tercih edenlerin % 27,33'ü ilkokul, %22'si lise mezunu, %16'sı okuma yazma bilmiyor, %13,33'ü üniversite, %12,67'si ortaokul mezunu, %8'i ilkokul terk ve %0,67'si lisansüstü mezundur. İlkokul mezunları ve okuma yazma bilmeyenlerin güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamama nedeniyle kurum bakımını talep etmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olduğu için H0₁₃ hipotezi kabul, H1₁₃ hipotezi red edilmiştir.

H0₁₄: Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1₁₄: Yaşlıların kimseye yük olmak istememekten dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Eğitim durumu ile kimseye yük olmama arasındaki ilişkide yaşlıların %51,54'ü evet cevabını vererek; güvenlik ihtiyacından sonra bu nedeni ikinci derecede önemli bulmuşlardır. Yük olmak istemeyen yaşlılardan %26,87'si ilkokul, %20,89'u lise, %15,67'si üniversite mezunu, %15,67'si okuma yazma bilmiyor, %12,69'u ortaokul mezunu, %7,46'sı ilkokulu terk etmiş ve %0,75'i lisansüstü mezunudur. Okuma yazma bilmeyenlerin kurum bakımını tercih nedenlerinden kimseye yük olmama isteği arasında anlamlı bir ilişki olduğundan; H0₁₄ hipotezi kabul ve H1₁₄ hipotezi red edilmiştir.

H₀₁₅: Yaşlıların yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inanmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₁₅: Yaşlıların yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inanmasından dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Ankete katılanların %14,23'ü yaşlılığın huzurevinde geçeceğine inanmaktadır. Buna inananların eğitim durumları ise; %24,32'si ilkokul mezunu, %21,62'si okuma yazma bilmeyen, %18,92'si üniversite, %16,21'i lise, %10,81'i ortaokul mezunu, %5,41'i ilkokul terk ve %2,7'si de lisansüstü mezundur. İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Dolayısıyla H₀₁₅ hipotezi red, H₁₁₅ hipotezi kabul edilmiştir.

H₀₁₆: Yaşlıların yaşlılarıyla birlikte olma isteğinden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₁₆: Yaşlıların yaşlılarıyla birlikte olma isteğinden dolayı kuruma gelmeleriyle öğrenim durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Huzurevinde kalan yaşlıların %12,31'i yaşlılarıyla birlikte olmak için buraya geldiklerini söylemişlerdir. Bu istekte olanların %28,12'si lise, %18,75'i ilkokul, %18,75'i üniversite, %15,62'si ortaokul mezunu, %9,38'i okuma yazma bilmemekte, %6,25'i ilkokulu terk etmiş ve %3,12'si lisansüstünü tamamlamıştır. Yaşlıların yaşlıları ile birlikte yaşama isteği ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup H₀₁₆ hipotezi red, H₁₁₆ hipotezi kabul edilmiş olmaktadır.

Sonuç olarak; kuruma gelme nedenleri ve öğrenim durumları arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda okuma yazma bilmeyen kişiler daha çok ekonomik nedenlerle kuruma gelmişlerdir. İlkokul ve lise mezunları sağlık personelinin varlığı nedeniyle kuruma gelirken okuma yazma bilmeyenler ve ilkokul mezunları ailevi sorunlar, yine ilkokul mezunları ve okuma yazma bilmeyen kişiler güvenlik nedeniyle kurumu tercih etmiştir. Ayrıca çoğunlukla yine ilkokul mezunları yük olmak istemedikleri için kurumu tercih etmiştir. Öğrenim düzeyi ile diğer maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 31 Yaş Gruplarına Göre Gelir Dağılımı

Yaşlının Gelir Durumu	Yaş Grupları													Toplam	f	P
	55-60		61-65		66-70		71-75		76-80		81 ve üzeri					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Hiç geliri yok	2	9,5	3	14,3	3	14,3	3	14,3	2	9,52	8	38,1	21	2	0	
Alt düzey	4	6,3	4	6,25	7	10,9	13	20,3	17	26,6	19	29,7	64			
Orta düzey	1	0,8	6	4,92	16	13,1	24	19,7	38	31,1	37	30,3	122			
Üst düzey	0	0,0	5	9,43	3	5,66	7	13,2	15	28,3	23	43,4	53			
Toplam	7	2,7	18	6,92	29	11,2	47	18,1	72	27,7	87	33,5	260			

$p < 0,05$

H₀₁₇: Ankete katılan yaşlıların yaş grupları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₁₇: Ankete katılan yaşlıların yaş grupları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Yaş gruplarıyla gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre 76-80 ve 81 üzeri yaş grubu hastaların orta ve üst düzey gelir elde ettiklerini ifade ettikleri görülmektedir. Ankete katılan yaşlıların yaş gurupları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğundan H₀₁₇ hipotezi kabul edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlılık, dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusunun giderek çoğalması ile birlikte, çok daha fazla önem kazanmıştır. Türkiye'de de, yaşlıların sayı ve oranının toplam nüfus popülasyonu içinde giderek çoğaldığı dikkate alınacak olursa, yaşlılığın özellikle kentsel alanlarda bir sorun teşkil etmeye başlaması da kaçınılmazdır. Endüstrileşme ve kentleşme süreçlerine bağlı olarak, aile yapısı küçülerek çekirdek aileye dönüşmüş, aile kurumu; fonksiyonlarının büyük bir kısmını bürokratik organizasyonlara devretmiş ve bütün bu gelişmelere bağlı olarak da yaşlılara yönelik hizmet veren sektörler hızla devreye girmeye başlamıştır.

Türkiye'de yaşlılık giderek sorun haline gelmektedir. Yaşlılara verilen hizmetlerin başında "huzurevi" hizmeti gelir. Yaşlının toplumdan izole olmadan, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yaşlı bakım hizmetlerinin günümüz koşullarına göre yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

Genel sağlık hizmetleri içerisinde yaşlı hizmeti denildiğinde akla huzurevleri gelmektedir. Huzurevlerinin yaşlıların tüm gereksinimlerini karşılaması beklenemez. Huzurevlerinin yanında geriatrik hastaneler, hastanelerde geriatrik pavyonlar, gero-psikiyatrik hastaneler, yaşlı bakım evleri, bakım evlerinin yanında yaşlı konutları, bloklar içinde yaşlı daireleri, yaşlı kulüpleri gibi yerlerde bulunmalıdır. Bu kurumlarda da özel olarak eğitilmiş personel tarafından ve tek elden yaşlılara bakım ve sağlık hizmeti verilmelidir. Geriatrik bakım aynı zamanda yaşlılara orta yaşlarda iken koruyucu ve önleyici olarak verilmelidir.

BM'nin kabul ettiği prensipler çerçevesinde Türkiye'de de gerekli çalışmalar yapılmalı yaşlılara söz konusu haklarından tam olarak istifade etme imkânı sağlanmalıdır.

Ankara iline yönelik yapılan saha araştırmasının sonuçlarını şu şekilde özetleyebiliriz;

- Yaşlı bakım hizmetlerine ve özellikle de kurumsal bakıma talep nedenlerinin ilk sırasını güvenlik arama ihtiyacı ve evde tek başına kalamama almaktadır. İkinci sıradaki talep nedeni; kimseye yük olmak istememe duygusu, üçüncü sırada ise gelecekte bakıma muhtaç olunabileceği endişesidir.
- Teorik kısımda incelenen huzurevine talep nedenleri ile anket sonuçları birbiri ile büyük ölçüde benzer özellikler göstermektedir. Kimsesizlik ve yalnızlık duygusu ile eşini kaybetmeden dolayı kurum bakımının tercih edilmesi sebebiyle kurum talep nedenlerinden ilk sırayı alan evde tek başına kalamama ve güvenlik arama ihtiyacı örtüşmektedir.
- Huzurevi yaşlılarının ikinci derecede kuruma gelme nedeni kimseye yük olmak istememek duygusu huzurevine psikolojik nedenlerinden dolayı talebi gerektirmektedir.
- Yaşlının sosyal sebeplerden dolayı talebi, ankette gelecekte bakıma muhtaç olacaklarını düşünmeleri, yaşlılığın huzurevinde geçeceği inancı ve yaşlılarıyla birlikte yaşama isteği olarak görülmektedir.
- Sağlık sebepleriyle ve 24 saat sağlık hizmetinin veriliyor olması kurum bakımının tercihinin dördüncü önemli sırasını teşkil etmektedir.
- Yemek, temizlik, ısınma hizmetlerinin hazır veriliyor olması da kurum talebini etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Aile içi sorunları araştırmalar bölümünde kuşak çatışması olarak değerlendirilmiş, bunun yanı sıra şiddete ve tacize maruz kalınması sebebiyle hiçbir yaşlı kuruma gelmek zorunda kalmamıştır.
- Önemli olabileceği düşünülen ekonomik yetersizlik sebebiyle kurum bakımının tercihi ise yaşlılar tarafından en son sebep olarak gösterilmiştir.
- Anket sonuçlarına göre; şayet kuruma geliş sebepleri olmasaydı (ki bu sebep çoğunlukla eşinin vefatıdır) büyük bir çoğunluğu eşleriyle birlikte evde yaşamayı ama bunun yanı sıra aynı orana yakın kişi de yine kurum bakımını tercih edecekleri ifade etmişlerdir.

- Kurum öncesi yaşamda halen evli kişilerin boşanmış kişilere kıyasla daha fazla oranda bakıcısı olup, bakıcılarla yaşanan çeşitli sorunlardan dolayı kurum bakımı tercih edilmektedir.
- Öğrenim durumuna göre; ilkokul mezunları ve okuma yazma bilmeyenler, medeni duruma göre de daha çok eşi ölmüş kişiler; evde tek başlarına kalamadıkları ve güvenlik arama ihtiyacından dolayı kurum bakımını tercih etmektedirler.
- Kimseye yük olmak istemeyenler ise eşi ölmüş ve genellikle okuma yazma bilmeyen kişilerdir.
- Kurumda yemek, temizlik, ısınma v.b. hizmetlerinin veriliyor olması kurum bakımının tercih edilmesinde ilkokul, üniversite mezunları ve eşi ölmüş kişiler için önem arz ederken eşinden ayrı yaşayan kişiler için hiçbir şekilde önem arz etmemektedir.
- İlkokul, lise mezunları ve eşi ölmüş kişiler daha çok yaşam endişesiyle ve evde tek başlarına yaşarken “başlarına bir şey gelir” düşüncesiyle 24 saat sağlık personelinin bulunmasından dolayı kurum bakımını tercih etmişlerdir.
- Lise ve ilkokul mezunları ile yine eşini kaybetmiş kişiler aile içi sorun yaşadıklarından ya da yaşayacakları endişesine kapıldıkları için yaşlı bakım hizmeti almak istemektedirler.
- Yaşlılığın huzurevinde yaşlılarıyla birlikte yaşayarak geçeceğine inananların büyük kısmı eşini kaybetmiş kişilerdir.
- İlkokul mezunları ve okuma yazma bilmeyenler için yaşlılıklarının huzurevinde geçmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Lise ve ilkokul mezunlarına göre ise yaşlılarla birlikte olunmak istendiği için kuruma gelinmiştir.

- Ekonomik yetersizlikten dolayı kuruma gelen kişi sayısı oldukça azdır. Emeklilerin çoğunun, emeklilik gelirlerini yeterli bulmalarına rağmen geliş sebepleri ifade etmek istemeseler de ağırlıklı olarak ekonomik durumlarının yetersizliğidir. Genellikle yaşlılar yaşamış oldukları maddi sıkıntıları dışarı ve yakınlarına yansıtmak istemediklerinden dolayı böyle bir nedeni kuruma gelmek için önemsiz görmektedirler. Ekonomik yetersizlikten dolayı gelenler eşi ölmüş ve boşanmış kişilerdir. Bu yaşlıların eğitim durumlarına bakıldığında ise; lisansüstü düzeyde mezun olanların ve ortaokul mezunlarının hiçbir şekilde bu sebepten gelmediği ama okuma yazma bilmeyenlerin çoğunlukla bu sebepten dolayı gelmek zorunda kaldıkları sonucuna varılmaktadır. Eşiyle ayrı yaşayanların ve lisansüstü eğitimini tamamlamış yaşlıların ekonomik yetersizlik sebebiyle kurum talebi hiç yoktur.

Bu tez çalışmasında, yaşlıların kuruma gelme nedenleri yaşlıların talep ettikleri hizmetleri belirleme ve yeni bir hizmet modelinin geliştirilmesine ilişkin önerilerde bulunulmasına yardımcı olacaktır. Bu çalışma sonucunda konu ile ilgili politika üreteceklere yönelik olarak şu öneriler sıralanabilir:

- ❖ Türkiye'de, özellikle de büyük kentlerde bulunan sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin kapasitesinin yetersizliği nedeniyle genel olarak Türkiye ve Ankara çapında eksikliği hissedilen rehabilitasyon hizmeti veren kurum sayısının hızla artırılması gerekmektedir. Sonuç olarak; yaşlı bakım hizmeti sağlayan kurumların ve servislerin sayısı büyük şehirlerde arttırılmalıdır.

- ❖ Huzurevlerinde doktor, hemşire, diyet uzmanı v.b. meslek elemanlarının yeterli sayıda ve ilgili dal uzmanlıklarında istihdam edilmesi gerekmektedir.

- ❖ Geriatri merkezlerinin sayısı daha da artırılarak, geriatrik servislerle ilgili sağlık ve yardımcı sağlık personeli eğitilmelidir.

- ❖ Yaşlıların sağlık bakım hizmetlerinden kolaylıkla yararlanmaları sağlanmalıdır.

❖ Herhangi bir kronik hastalığı olan yaşlılar ile hiçbir sağlık problemi olmayan yaşlıların aynı odada kalması, sağlıklı yaşlılarda psikolojik ve biyolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalığı, alzheimer ve demansı bulunan yaşlıların bir arada bulunabileceği rehabilitasyon merkezlerinin oluşturulması gerekmektedir.

❖ Huzurevinde odabaşına düşen yaşlı sayısının düşük olması, özellikle tek kişilik odalar halinde tanzim edilmesi, odaların iç donanımlarının çağdaş standartlarda olması gerekmektedir.

❖ Yaşlıların yaşadığı huzurevleri şehir merkezlerine yakın yerde inşa edilmeli ve kurumun fiziki yapısı yaşlının rahat hareket edebilmesine imkân verecek ve güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

❖ Yaşlı hizmetlerinde gelişme gösteren ülkelere bakıldığında sadece kurum bakımının dışında yaşlılara özel konutlar, yaşlının evinde ya da yaşlıya ait dairelerinde bakılmalarının sağlanmasına yönelik modeller görülmektedir. Gelişmekte olan Türkiye'de de diğer alanlarda olduğu gibi yaşlı bakım hizmeti alanındaki değişmelere paralel olarak ortaya çıkan sorunların ve farklılaşan ihtiyaçların göz önünde bulundurulmasıyla yeni hizmetlerin geliştirilmesi, olanaklar çerçevesinde kurumların iyileştirilmesi gerekmektedir.

❖ Kurumda kalan yaşlılar, yöneticilerin ve başka pek çok kişinin kendilerinin tecrübe ve bilgi birikimlerinden yararlanabileceklerini fakat yararlanılmadığını düşünmektedirler. Bu nedenle de huzurevlerinin dinlenme, sükûnet, istirahat sağlama özelliklerinin yanısıra yaşlılar için aktivite ve topluma etkin biçimde katılmalarının, tecrübelerinden yararlanılmasının sağlanması gerekmektedir.

❖ Huzurevinde kalan yaşlıların katılabileceği sosyal-kültürel program ve aktiviteler çoğaltılmalıdır.

❖ Sağlık, ulaşım, mesken, boş zamanı değerlendirme v.b. konularda yaşlılara yarar sağlayıcı programlar ve eğitimler verilmelidir.

❖ Yaşlıların sosyal faaliyetlerini artırıcı programlar düzenlenmelidir. Örneğin; tiyatro, sinema, gezi, belli dönemlerde eğlence programları v.b.

❖ Huzurevlerinde hizmet vermekte olan personel nitelik ve nicelik açısından yeterli olmalıdır. Bu amaçla hizmet içi eğitim programlarına ağırlık verilmelidir ve yaşlı bakım hizmetlerinde ağırlıklı olarak sertifikalı personel çalıştırılmalıdır.

❖ Kurum bakımı alan yaşlıya çeşitli ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olmak amacıyla günün belirli saatlerinde gönüllülük esasına göre ya da ücretli olarak personel çalıştırılmalıdır.

❖ Kurum bakımı almakta olan yaşlılar bir süre sonra kurumda şahıslarına ait bakıcıya ihtiyaç duymaktadırlar. Bu amaçla yaşlı bakım hizmeti veren kurumlar sertifikalı bakıcı eğitimi vermeli ve kurumda kalan yaşlıların bakıcı talepleri bu eğitim almış kişilerden sağlanmalıdır.

❖ Yaşlıların büyük bir çoğunluğu gelirini 2022 sayılı aylıktan karşılamaktadırlar. Bunun da yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olmadığı görülmektedir. 2022 sayılı yasa ile verilmekte olan aylığın günümüz ekonomik şartlarına göre güncellenerek artırılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra tüm sosyal güvenlik kurumları emeklileri için yaşlılara mevcut durumdan daha iyi gelir imkânları sağlamalıdır.

Araştırmada elde edilen bulgular ışığında yaşlılar almış oldukları hizmetlerden memnun olsalar da belirttikleri bazı istek ve ihtiyaçları dikkate alınarak yeni bir huzurevi hizmet modeli geliştirilmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKÇA

ACHENBAUM, Wandrew; **Old Age in the New Land**, The American Experience Since 1790, John Hopkins University Pres, 1979.

ADAM, Eflatun; "Yaşlanma ve Psiko-Sosyal Etmenler", **XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı**, Adana, Çukurova Üniversitesi, 1985, s.32.

AKDEMİR, Nurhan; "Hemşirelik Bakımı", **Geriatri Dergisi**, Sayı 1, Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1997, s. 116-145.

AKGÜN, Seval, BAKAR, Coşkun, BUDAKOĞLU, I.İrem; " Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri", **Türk Geriatri Dergisi**, cilt 7, say: 2 , 2004, s.105-110.

AKIN, Galip; "Başlangıçtan Günümüze Yaşlının Aile ve Toplumdaki Statüsü" **Geriatri Dergisi**, cilt 5, sayı 1, 2002, s. 75

ALANKAYA, Yurdasev; "Metropolitan Bir Kentte Huzurevlerinde Mediko Sosyal Bir Çalışma", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1991.

ARICAĞ, Emine; "Yaşlılara Sunulan Sosyal Refah Hizmetleri ve Huzurevlerine Yönelik Bir Araştırma", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1997.

AŞTI, Nesrin; "Çeşitli Yönleri İle Geriatrik Bakım: Bakım Hizmeti ve Hemşirenin Rolü", **1. Ulusal Geriatri Kongresi Özet Kitabı**, Antalya, 2002.

Avrupa Sağlık Reformu; **Mevcut Stratejilerin Analizi**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998.

BALLAR, Suat; **Türk Hukukunda Sosyal Hizmet ve Çocuklar**, İstanbul, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayını, 1988.

BATMAN, Aysel; "Sosyal Hizmet Uzmanı Devlet Bakanı Danışmanı", **Geriatrici 2002**, cilt 5, sayı 3, 2002, s. 123.

BİÇER, Hakkı; "Sosyal Sorunlar Çerçevesinde Yaşlılar", **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstriyel İlişkiler Anabilim Dalı, Ankara, 2002.

BİÇER, Sema, ATALAY, Meliha; "60 Üstü Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu", **6. Ulusal Hemşirelik Kongresi**, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1998.

BİELATA, Jack; **South Mills Health System Home Health Agency**, UPMC HomeHealth Join: Create Largest Home Health Care Agency in Western Pa., PR Newswire, August 30, 2000.

BİLİR, Nazmi; **Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı**, Güneş Kitabevi, Ankara, 1995.

BRUMMET, William J.; **The Esence Of Home Architectural Design Considerations For Assisted Living Elderly Housing**, Center For Architecture and Urban Planning Research, The University of Wisconsin Milwaukee USA, 1994.

BURTON, John R.; **The Evolution of Nursing Homes in to Comprehensive Geriatrics Centers: A Perspective**, JAGS, Johns University School at Medicine, Baltimore Medical Doctor, 1994.

BUTLER, Robert N., MYMA, I. Lewis; **Aging and Mental Health**, NewYork, The C.V.Mosby Company, 1977.

BÜKEN, Nüket Örnek, BÜKEN, Erhan; "Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği", **Geriatrici 2003**, cilt 6, sayı 2, 2003, s. 75.

BÜYÜKCOŞKUN, Afet; "Yaşlı Bireylerin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saplanması", **Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1990.

CAN, Halil, TUNCER, Doğan, AYHAN, Doğan Yaşar; **Genel İşletmecilik Bilgileri**, Ankara, Siyasal Kitapevi, 3. Baskı, 1994.

CHO, Kyung-Hwan; "Health care for older persons: A Country Profile-Korea", **International health affairs, by the American geriatrics** ,volume 52, no 7, 2004.

CİMETE, Güler; "Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri", **1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Programı Özel Kitabı**, İstanbul, 1998, s.716.

COWGILL, Donald O.; **A Theory Of Aging in Cross-Cultural Perspective Aging and Modernization**, New York: Acc Meredith Corp, 1972.

ÇORUH, Mithat; **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, 1995.

CRAIG, Grace J.; **Human Development**, New Jersey, Prentice Hall, 1999.

DANIŞOĞLU, Emel; **Sosyal Yapı-III Nüfus Grupları, A-Yaşlı Nüfus Ankara**, Sosyal Planlama Başkanlığı, No:DPT:2135.SBP:415, 1988.

DÖNÜMCÜ, Şadiye; “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi”, **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, Ankara, Sayı 52(Özel Ek A), 2006, s. A42-A46.

Dünya Gazetesi Yayın Kurulu; **Ansiklopedik Ekonomi Sözlüğü**, İstanbul, Dünya Yayınları, 6. Baskı, 1999.

EBRAHİM Shah; “Health of elderly people”, **Textbook of Public Health**, Volume 3,Chapter 11.8, 2002, p. 1712.

ERDAL, Rengin; **Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, Ayhanlar Matbaası, 1989.

ERDOĞAN, Nihat; “Değişen Toplumda Yaşlılık ve Huzurevi Olgusu(İzmir Yeşilyurt Huzurevi Sakinleri Üzerinde Bir Araştırma)”, **Yayınlanmamış Doçentlik Tezi**, İzmir, 1993.

EREN, Berna; “**Hekimlerle İlişkiler**”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul, Yüce Yayını, 1998.

FINK, Arthur; **Sosyal Hizmetler Alanı**, çev. Leyla Yasa, Nurten Ulusoy, SSYB, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Ankara, 1963.

FRANKS, L Margaret, GRAVES J. Diane; **Human Development, A Multidisciplinary Approach to the Psychology of Individual Growth**, New York, Collier Macmillan, 1974.

GIERVELD Jenny de Jong, HANNA Von Solinge; **Ageing and its Consequences for the Socio-Medical System**, Population Studies no.29, Council of Europe Pres., 1995.

GOLDMAN, H.Howard; **General Psychiatry**, Lange Medical Publications,1984.

GOLİNİ, Antonio; **"Demographics, Public Spending And Social Programs"**, Labour Journal, volume 12, 1998, p. 119-143.

GÖNEN, Emine, HABLEMİTOĞLU, Şengül; "Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin İyileştirilmesi", **Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı, Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi, Sosyal Hizmetler Uzmanları Dergisi**, sayı 3, Ankara, 1994.

GÖRGÜN - BARAN, Aylin; **Yaşlılıkta Sosyal Uyum Sorunu, Antropoloji ve Yaşlılık**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, 2000.

GÜLEÇ Mahir, TEKBAŞ Ö. Faruk; "Sağlık Perspektifinden Yaşlılık", **Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi**, cilt 17, sayı 6, 1997, s. 369-378.

GÜLER, Çağatay; " Yaşlılıkta Tanımlar Ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler", **Geriatri 1998**, cilt 1, sayı 2, 1998, s.105.

GÜNGÖR, Can; "Yaşlı Bakımevleri ve Tasarım Prensipleri Üzerine Bir İnceleme", **Yüksek Lisans Tezi**, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002.

GÜVEN, Seval, HAZER, Oya; "Ülkemizde Evde bakım Sistemlerinin Aile ve Yaşlılık açısından Gereği, Önemi ve Bu Konuda Ev Ekonomistlerinin yeri", **Ev Ekonomisi Dergisi**, Sayı 7, 2000.

GÜVEN, Seval; “Yaşlılıkta Aile İlişkileri”, **Toplumsal ve Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları**, sayı 1, Ankara, 2000.

HAYRAN, Osman ; **"Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi"**, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul, Yüce Yayını, 1998.

HAZAN, Haim; **"The Limbo People.A Study of the Constitution of the Time"** Universe Amon the Aged, London, Routledge&Kegan Paul, 1980

HAZAN, Haim; **"Body Image and Temporality Among The Aged: A Case Study Of an Ambivalent Symbol"**, Studies in Symbolic Interaction, volume 7, p.305-329, 1986.

HAZAN, Haim; **"Myth into Reality: Enacting Life Histories in an Institutional Setting"**, The Universal Human Experience, New York, Springer Publishing, 1987, p. 441-448.

HOBSON, Willis;**Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması**, çev. Ankara Hıfzıssıhha Okul Öğretim Üyeleri, Ankara, Gürsoy Basımevi, 1970.

IŞIK, Caner; “Huzurevinde Yaşlılık (İzmir Büyükşehir Belediyesi Zübeyde Hanım Huzurevi Örneğinde)”, **Yüksek Lisans Tezi**, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir, 2002.

JAYADEVAPPA, Ravishankar, CHHATRE Sumedha, WEİNER Mark, RAZİANO, Dona; "Health resourch utilization and medical care cost of acute care elderly unit patients", **Value İn Health**, Volume 9, Number 3, 2006.

KALDER; **Müşteri Memnuniyeti Yönetimi**,İstanbul, Kalder Yayınları, No:31, 2000.

KALINKARA, Velittin; **Antropoloji ve Yaşlılık**, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, Ankara, Aydınlar Matbaası, 1.Baskı,2000

KARACA, Aysel; "Düzce İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması", **Yüksek Lisans Tezi**, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Bolu, 2003.

KARAHAN, Azize, GÜVEN, Seval; "Yaşlılıkta Evde Bakım", **Geriatri 2002**, cilt 5, sayı 4, 2002, s. 155.

KARSLI, Doğan; **Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlı Sorunları**, Ankara, SSYB Hıfzıssıha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü, 1982.

KART, Cary S.; **The Realities of Aging**, London, Allyn and Bacon, 3rd Edition, 1990.

KATZ,Stephen; " Disciplining Old Age The Formation Of Gerontological Knowledge", **Bulletin of the History of Medicine**, volume 72, number 3, 1998, p. 594- 595.

KAYHAN, Şengül; "Geriatric İhtiyarlamanın Biyolojisi ve ihtiyarlığın Klinik Özellikleri",**İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi**, cilt 1, sayı 2, 1991, s.206-395.

KIZILÇELİK, Sezgin, ERJEM, Yaşar; **Açıklamalı Sosyoloji Terimler Sözlüğü**, Göksu Matbaası, Konya, 1992.

KIZILIŞIK, Sibel; "**Huzurevine Kabul Ayrıcalık Sayılıyor**", Cumhuriyet Gazetesi, 6 Ağustos, 2001.

KIRAY, M.Übecce; **Toplumsal Yapı, Toplumsal Değişme**, Bağlam Yayınları, İstanbul, 1999.

KOCA, Halide; "Ülkemiz Koşullarında Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu (Alan Araştırması)", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk sağlığı Ana Bilim Dalı Bioistatistik ve Demografi Bilimi Dalı, İstanbul, 1994.

KONTOS, Pia C; "Resisting Institutionalization: Constructing Old Age and Negotiating Home", **Journal Of Aging Studies**, Volume 12, Issue 2, 1998, p.167-185.

KÖŞKEROĞLU, Nedime, AKSOY, Fatma, ÖZKAYA, Gönül; "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Karşılaştıkları Sorunlar ve Baş etme Yollarının Değerlendirilmesi", Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması, **Sempozyum Kitabı**, Ankara, 1992.

KURAL, Fügen, "Türkiye' de Müşteri İlişkilerinin Huzurevi İşletmeciliğine Etkisi ve Huzurevlerine Dair Öneriler", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2001.

KUZGUN, İnci Kayhan; "Nüfusun Yaşlanmasının İş Gücü Arzına Etkisi", **Geriatrici 2002**, cilt 5, sayı 1, 2002, s.38.

KÜÇÜKKARACA, Nilgün; **Antropoloji ve Yaşlılık**, Ankara ,Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayınları, 2000.

LOWY,Louis; "The Older Generations: What Is Due, What Is Owed" **Social Casework 1983**, Issue 64, 1983,s.371-376

MARTINI, Mary, GARETT, Nancy, LINDQUIST, Tammie, IHSAM, George;
 "The Boomers are coming: a total cost of care model of the impact of
 population aging on health care costs in the United states by major
 practice category", **Health Services Research**, volume 42, number 1,
 February 2007, p. 201-218.

MORRIS, Jackie; "The Case For The Community Geriatrician", **BMJ Journals**, number 308, 1994, p. 1184.

MUCUK, İsmet; **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul, Türkmen Kitapevi, 13. Baskı, 2001.

MULROW, C.D.,M.D,GERETY, D. KANTEN; "A Randomized Trial Of
 Physical Rehabilitation For Very Frail Nursing Home Residents"
JAMA Journals, volume 271, number 7, 1994.

ODABAŞI, Yavuz; **Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri**, İstanbul, Der Yayınları, 1.Baskı, 1997.

OECD; **Urban Policies for Ageing Populations**, Paris, Organization for Economics Co- operation and Development, 1st edition,1992.

OĞUZ, Perihan; "Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunlarının Epidemiyolojik İncelenmesi", **Doçentlik Tezi**, Hacettepe Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 1982,s. 1-87.

OKTİK, Nurgün; "Yaşlılık ve Ölüm Üzerine Sosyolojik Bir Bakış"
Felsefelogos Dergisi, sayı 12, 2000, s. 169-173.

OKTİK, Nurgün; **Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği**, Muğla Üniversitesi Yayınları:52, Rektörlük Yayınları:32, Muğla, 2004.

ORY, Marcia, DUNCKER, Alfred; **Home Care for Older People-Health and Supportive Services**, London, Newbury Park, California, 1st edition, 1992.

OUSLANDER, Joseph G., OSTERWEİL, Dan; "Pysician Evaluation and Management of Nursing Home Residents" **Annals of Internal Medicine Journal**, volume 120, issue 7, 1994, p. 584-591.

ÖZCAN, Turan; **Yıl 2040: Yaşlılara Ölüm**, Ankara, Öteki Yayınları, 1. Baskı, 1998.

ÖZKAN, Özlem; "Finans Boyutu İle Evde Sağlık Hizmetleri Neyin Alternatifi?", **Toplum ve Hekim Dergisi**, cilt 15, sayı 3 , Mayıs- Haziran 2000.

PEKCAN, Hikmet; **Antropoloji ve Yaşlılık**, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, Ankara, Aydınlar Matbaası, 1.Baskı,2000.

PRENTICE, Julia C, PIZER, Steven D.; "Delayed Access To Health Care And Mortality", **Health Services Research Journals**, volume 42, number 2, April 2007, p. 644-662.

SCHNEİDER, Ulrike; "Germany's Social Long-term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation" **International Social Secuity Review Journals**, Volume 52, number 2, 1999, p. 32-70.

SEVİL, Hüseyin, T; **Yaşlılığın Sosyal Anatomisi**, Ankara, SABEV Yayınları, 1. Baskı, 2005.

SEVİL, Hüseyin, T.; "Yaşlıların Psiko- Sosyal Sorunları", **Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Aile Sağlığı Programı, Ankara, 1984.

SKEET, Muriel; **Protecting the Health of Elderly a Review of WHO Activities**, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983, p. 1-40.

SMIL, Vaclav; "The Next 50 Years: Unfolding Trends", **Population and Development Journal**, volume 31, number 4, 2005, p. 605- 643.

Sosyal Hizmet; **Yaşlılık, Toplumun Yaşlılara Bakış Acısı ve Yaşlının Psiko-Sosyal Uyumu**, Ankara, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını,1. Baskı, 1990.

STREİB, Gordon F, BINSTOCK, Robert H.; "Aging and the Social Sciences: Changes in the Field", **Handbook of Aging and the Social Sciences**, London, Academic Press, 1st edition, 1990.

TEZCAN, Mahmut, **Toplumsal Değişme ve Yaşlılık**, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Aile Yazıları II, Ankara, 1990, s.116.

TEZCAN, Mahmut; "Toplumsal Değişme ve Yaşlılık", **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, cilt 15, sayı 2, 1982, s. 13.

TUFAN, İsmail; **Sosyolojik Yaşlanma**, İstanbul, Aykırı Yayıncılık, 1. Baskı, 2002.

TÜMERDEM, Yıldız; **Halk Sağlığı I. Toplum Hekimliği**, İstanbul, Üniversite Yayın No:3625, Fakülte Yayın No:182, 1992.

TÜRKAY, Orhan; **Mikro İktisat Teorisi**, Ankara, İmaj Yayıncılık, 8. Baskı, 1999.

UYSAL, Nalan; "2022 Sayılı Yasadan Aylık Alan Yaşlıların Gereksinimlerinin Karşılmasında Etkili olan Faktörler", **Yüksek Lisans Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1996.

UYSAL, Şefik; "Yaşlılık ve Sorunları", **Psikoloji Semineri**, İzmir , sayı 10, 1993, s.59-63.

VEHİD, Suphi; "Ülkemizdeki Huzurevlerinin Dağılımı ve Bu Dağılımın Düşündürdükleri", **Cerrahpaşa Tıp Dergisi**, cilt 31, sayı 4, 2000, s. 249-254.

WHO; "Health of Elderly", **Tecnical Report Series 779**, Genova, 1989, p. 7-88.

WHO; "**Health, lifestyles and services for elderly**", Public Health in Europe Journals, number 29, 1989, p. 24.

YARDIMCI (Önal), Emel; "İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi", **Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1995.

YAZGAÇ, Refika; "Yaşlılık ve Huzurevleri İstanbul'da 4 Huzurevinde Yapılan Bir Araştırma", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul, 1992.

YILDIRIM, Nuran; "Dinlerin Kesiştiği Evrensel Bir Hayır Kurumu: Darülaceze", **Hastane Dergisi**, sayı 4, 2000, s. 25.

YILMAZ, C.Meryem; "Miyokard Enfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi", **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2001.

YILMAZTÜRK, M.Hakan; "Özel Sağlık Kuruluşları Yönetiminde Müşteri Odaklılık ve Bir Model Önerisi", **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurulu şıarında Yönetim Bilim Dalı, 2001.

İnternet Kaynakları

<http://www.bagkur.gov.tr/finansman/bulten.html>:04.01.2007

<http://www.bakirkoy.bel.tr/Default.aspx?pid=9502&nid=4103>:04.01.2007

<http://www.dialysiscenters.baskent.edu.tr/yapracik.htm>,04.01.2007

<http://www.dpt.gov.tr>: 06.02.2007

http://www.emekli.gov.tr/ESKanunu/5434_06.html#39.m:04.01.2007

<http://www.emekli.gov.tr/sgk/istatistik.html>: 04.01.2007

<http://www.futurehealth.ucsf.edu/geria>, 05.01.2007

<http://www.gucsuzlervakfi.org.tr/hizmetler.html> : 04.01.2007

<http://www.istabip.org.tr/hf/hf7899.html>:04.01.2007

<http://www.kasev.org>:04.01.2007

<http://www.kdh.gov.tr/Geriatri.htm>:04.01.2007

<http://www.megep.meb.gov.tr/indextr.html>:04.01.2007

<http://www.mesev.org>:04,01.200 7

<http://www.sgk.gov.tr/rehber2022.html>:04.01 2007

<http://www.shcek.gov.tr>:03.01.2007

<http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Alzheimer.asp>:03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Sosyal_Hizmet_Uygulamalari.asp :
03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasli_Dayanisma_Merkezleri.asptr:
03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasliliga_Genel_Bakis.asp:
03.01 2007

http://www.shcek.gov.tr/Kurumsal_Bilgi/Mevzuat/Kanunlar/2828.asp:
03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr /Kurumsal_Bilgi/Mevzuat /Yonetmelikler/Telif.asp:
03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr /Kurumsal_Bilgi/Mevzuat/Yonetmelikler/Kamu_Huzur_evi.asp:03.01.2007

http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasliliga_Genel_Bakisasp:03.01.2007

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/ocak_2007.xls:03.01.2007

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/bilgibankasi/mevzuat/506__turkce.doc: 03.01.2007

<http://www.tuik.gov.tr>:06.01.2007

http://www.tuik.gov.tr/PrelstatikTablo.do?istab_id=184:06.01.2007

http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=196:06.01.2007

http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=210:06.01.2007

<http://www.un.org/ageing/coverage/action.pdf>:05.01.2007 Advance unedited copyMadrid International Plan of Action on Ageing 2002 s:44

http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/WPP2004_Vol3_Final/Chapter2.pdf:03.01.2007

NİJKAMP, Peter, PACOLET, Jozef; “Services for The Elderly in Europe, Commission of the European Communities”, Belgium, 1991

http://www.hiva.be/publicatie_detail_en.php?id=195&option=detail, 02.01.2007

SHEPHARD, R.J., “Aging and Exercise”, Encyclopedia of Sports Medicine and Science, T.D.Fahey (Editor).Internet Society for Sport Science1998,(Erişim).

<http://www.sportsci.org/encyc/agingex/agingex.html>:04.01.2007

SPILLMAN&LUBITZ, "United States Department of Health and Human Services", 2003, (Erişim) <http://www.futurehealth.ucsf.edu/geria/062404-Geria%20Final.pdf>, 04.01.2007

UN, "Problem Of Elderly And The Aged", 1980,A/35/130, (Erişim)<http://www.un.org/documents/ga/res/35/a35r129e.pdf>, 05.01.2007

University of California, "An Aging U.S. Population and the Health Care Workforce: Factors Affecting the Need for Geriatric Care Workers", February 2006, San Francisco (Erişim) www.futurehealth.ucsf.edu/geria/062404-Geria%20Final.pdf -

Who, "The world is fast ageing - have we noticed?", Ageing and life course, (Erişim)<http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>:05.01.2007

Who, "Publications on ageing and development" , Ageing and life course, (Erişim) http://www.who.int/ageing/publications/development/ale_social_development.pdf: 05.01.2007

Who, "What are the public health implications of global ageing?", Ageing and life course, (Erişim) <http://www.who.int/features/qa/42/en/print.html>:05.01.2007

Who, "International Plan of Action on ageing: report on implementation 14"Ageing and life course, april 2005, (Erişim) http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files:05.01.2007

Who," WHO Information Fact Sheets, Populat.on Ageing-A Public Health Challenge" Ageing and life course, (Erişim) <http://www.who.int/inf-fs/en/fact135.html>, 05.01.2007

World Health Organization, "Active Ageing. A Policy Framework"

<http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf>:03 01.2007,
s.1-56

WHO, "Health For All For The Twenty First Century" 1997, The Health
Policy for Europe. , Regional Office For Europe,Copenhagen (Erişim)

http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/1997/20050211_7,
04.01.2007

WHO, "The 2002 Revision Population Database" World Population Prospects
(Erişim) <http://www.esa.un.org/unpp>,05.01.2007

ÖZTEK, Zafer "**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı**",
1995, (Erişim)

http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=2546,
05.01.2007

EKLER

EK 1:GÖRÜŞME FORMU

Sayın Yaşlısı

Türk toplumunda sosyal hizmet kuruluğu olan huzurevini ve yaşlılığı anlamak için yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, başka kurum ve kişilere verilmeyecektir. Sorulara cevap vermekle yükümlü değilsiniz, fakat bu tür çatışmalara yapacağınız katkılar açısından yardımlarınız değerli olacaktır. Bütün cevaplarınız araştırmacı ile sizin aranızda kalacaktır, sorulara tüm açıklığıyla cevap vermenizi rica ederim. Zamanınızı ayırıp yapmış olduğunuz katkılarınız için teşekkür ediyorum.

Selda Ek

1. Cinsiyetiniz?

1 () Kadın 2 () Erkek

2. Yaşınız ?

1 () 55-60 2 () 61 -65 3 () 66-70 4 () 71 -75 5 () 76-80 6 () 81 ve üzeri

3. Medeni durumunuz?

1 () Hiç evlenmedi 2 () Halen evli 3 () Eşi ölmüş
4 () Boşanmış 5 () Ayrı yaşıyor

4. Doğum yeri?

1 () İl 2 () İlçe 3 () Köy

5. Öğrenim durumunuz?

1 () Okuma yazma bilmiyor 2 () İlkokul terk 3 () İlkokul
4 () Ortaokul 5 () Lise 6 () Üniversite 7 () Yüksek Lisans

6. Kuruma gelmeden önce ne işle meşguldünüz?

- 1 () Memur 2 () İşçi 3 () Ev hanımı 4 () Serbest meslek
5 () Esnaf, zanaatkar 6 () Çiftçi 7 () Diğer

7. Yaşayan çocuk sayısı?

- 1 () Çocuğu olmamış 2 () Bir Tane 3 () İki tane
4 () Üç tane 5 () Dört tane 6 () Beş ve daha fazla

8. Bulunduğunuz kuruma gelmeden önce nerede yaşıyordunuz?

- 1 () İl 2 () İlçe 3 () Köy

9. Kaç yıldır Ankara'dasınız?

- 1 () 0-10 yıl 2 () 11-20 yıl 3 () 21-30 yıl
4 () 31-40 yıl 5 () 41 yıl ve üzeri 6 () Tüm hayatı boyunca

10. Kuruma gelmeden önce kiminle veya kimlerle yaşıyordunuz?

- 1 () Yalnız başıma evimde 2 () Eşim ile 3 () Çocuklarımla yanında
4 () Akrabalarımla yanında 5 () Başka bir sosyal hizmet kurumunda
6 () Diğer.....

11. Kuruma gelmeden önce evde bakıcınız veya yardımcınız var mıydı?

- 1 () Var 2 () Yok

12. Ne kadar süre yalnız yaşadınız?

- 1 () 0-5 yıl 2 () 6-10 yıl 3 () 11-15 yıl
4 () 16-20 yıl 5 () 21 yıl ve üstü

13. Kuruma gelme nedenlerinizden üç tanesini lütfen belirtiniz?

- 1() Sağlık nedeniyle
- 2() Ekonomik yetersizlik
- 3() Yemek, temizlik ısınma vb gibi hizmetlerin hazır veriliyor olması
- 4() Kurumda 24 saat hazır sağlık personelinin bulunması
- 5() Aile içi sorunlar,
- 6() Güvenlik arama ihtiyacı, evde tek başına kalamama
- 7() Kimseye yük olmak istememe
- 8() Gelecekte bakıma muhtaç olacağını düşünme
- 9() Yaşlılığın huzurevinde geçmesine inandığı için
- 10() Yaşlılarıyla birlikte yaşama isteği

14. Yukarıdaki sebepler olmasaydı nerede kalmayı tercih ederdiniz?

- 1() Huzurevinde 2() Çocuklarımla birlikte 3() Evde yalnız
- 4() Evde yardımcı veya bakıcı ile birlikte 5() Diğer.....

15. Buraya geliş kararınızda kimler etkili oldu?

- 1() Kendi kararım 2() Çocuklarım 3() Akrabalarım
- 4() Komşularım 5() Diğer

16. Ne zamandan beri bu kurumda kalıyorsunuz?

- 1() Bir yıldan az 2() 1-3 yıl arası 3() 4-6 yıl arası
- 4() 7-9 yıl arası 5() 10 yıl ve daha fazlası

17. Kurum hakkında önceden bilginiz var mıydı?

- 1() Evet yeterince 2() Evet çok az 3() Hayır hiç bilgim yoktu

18. Bulunduğunuz kuruma ücret ödüyor musunuz?

- 1() Ödüyor 2() Ödemiyor 3() Kısmi ödeme yapıyor

19. Sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı mısınız, kayıtlı ise lütfen belirtiniz?

- 1() Kayıtlı değil 2() Emekli sandığı 3() SSK 4()Bağ-kur
5() Yaşlılık aylığı 6() Özel sigorta 7() Diğer.....

20. Sosyal güvenlik kurumuna kimin vasıtasıyla kayıt oldunuz?

- 1() Kendisi 2() Eşi 3() Babası / Annesi
4() Oğlu-Kızı 5() Diğer.....

21. Sağlık sigortanız var mı?

- 1() Yok 2() Emekli sandığı 3() SSK 4() Bağ-Kur
5() Yeşil kart 6() Özel sağlık sigortası 7() Diğer

22. Sosyal yardım alıyor musunuz?

- 1() Almıyorum 2() 2022 sayılı yasa gereği aylık alıyorum
3() Yeşil kart 4() Kızılaydan
5() Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıf veya derneklerinden
6() Diğer

23. İhtiyacınızı karşılamak için herhangi bir vakfa başvurduğunuz mu, başvurduysanız hangi ihtiyacınızı ya da ihtiyaçlarınızı karşılaması için başvurduğunuz?

- 1() Başvurmadım 2() Maddi ihtiyaçlar 3() Gıda ihtiyacı
4() Sağlık ihtiyacı 5() Yakacak ihtiyacı 6() Diğer ihtiyaçlar

24 Geliriniz var mı?

- 1() Gelirim var 2() Gelirim yok

25. Gelir kaynaklarınız nelerdir? (birden fazla seçenekleri işaretleyebilirsiniz.)

- 1() Emekli maaşı 2() Yaşlılık maaşı 3() Emlak geliri
 4() Toprak geliri 5() Faiz, repo. menkul kıymetler geliri
 6() Çocukların veya akrabaların desteği 7() Nafaka
 8() Diğer eş, baba aylıkları vs.

26. Sahibi olduğunuz mal varlığınız nelerdir(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz,)

- 1() Yok 2() Ev, dükkan, bina 3() Arazi, tarla 4() Banka tasarrufu
 5() Döviz 6() Altın / Mücevher 7() Araba / kamyon vb
 8() Diğer.....

27- Gelir durumunuzu nasıl ifade edersiniz?

- 1() Hiç gelirim yok 2() Alt Düzey 3() Orta düzey 4() Üst düzey

28. Sizce geliriniz yeterli mi?

- 1() Oldukça yetersiz 2() Yetersiz 3() Kararsızım
 4() Yeterli 5() Oldukça yeterli

29. Ek gelir getiren her hangi bir uğraşınız var mı?

- 1() Var 2() Yok

30. Kuruma ödediğiniz ücret haricinde ek harcama yapıyor musunuz?

- 1() Alınan ek ücretler 2() Dışarıdan yapılan alışveriş
 3() Gıda sağlık giyim vb 4() Sosyo kültürel faaliyetlere katılım
 5() Harcama yapmıyorum 6() Diğer

31 Sürekli tedavi gerektiren bir sağlık sorununuz var mı?

- 1() Var 2() Yok

32. Hastaneye yaklaşık hangi sıklıkla gidiyorsunuz?

- 1() Her gün 2() Haftada bir kez 3() 15 günde bir kez
4() Ayda bir kez veya daha seyrek

33. Sosyal güvenlik kurumunun karşıladığı giderler dışında, aylık sağlık harcamanız ne kadar olmaktadır?.

- 1() 0-100 ytl 2() 101 -200 ytl 3() 201 -300ytl
4() 301-400ytl 5() 401 ytl ve üzeri

34. Huzurevi çalışanlarının ilgisinden memnun musunuz?

- 1() Çok memnunum 2() Memnunum 3() Kısmen memnunum
4() Kararsızım 5() Memnun değilim

35. Sizce yaşanılan odalar kaç kişilik olmalıdır?

- 1() Tek kişilik 2() İki kişilik 3() Üç kişilik 4() Üçten fazla

36. Kuruma ödediğiniz paranın karşılığını alabildiğinize inanıyor musunuz?

- 1() Evet 2() Hayır 3() Kısmen 4() Ödeme yapmıyorum

37. Kurumda sunulan hizmetleri yeterlilik durumuna göre değerlendiriniz.

	Yeterli	Az yeterli	Yetersiz
1 () Personel sayısı			
2 () Nitelikli personel sayısı			
3 () Sağlık hizmetleri			
4 () Yönetim hizmetleri			
5 () Fiziki koşullar (Bina, oda, banyo, sosyal alanlar v.b.)			
6 () Sosyo- kültürel faaliyetler			
7 () Temizlik hizmetleri			
8 () Yemek hizmetleri			
9 () Güvenlik hizmetleri			
10 () Fizik tedavi hizmetleri			
11 () Teknik hizmetler			

37. Huzur evi müdürü / sahibi siz olsaydınız mevcut hizmetlerden farklı olarak ne yapardınız?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EK 2:İLLERE GÖRE SHÇEK'E BAĞLI HUZUREVLERİ KAPASİTE VE
KURULUŞ YILLARI**

	İL	SHÇEK'E BAĞLI HUZUREVLERİ	Kapasite	Kuruluş yılı
1	ADANA	Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	190	1967
2	ADANA	SHÇEK - Seyhan Belediyesi Huzurevi	T 02	2006
3	AFYONKARAHISAR	Afyonkarahisar Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	110	1987
4	AĞRI	Ağrı Huzurevi	30	1994
	AKSARAY	Aksaray A.Kadir Uç yıldız Huzurevi	100	2001
6	ANKARA	Ankara Öğretmen Necla Kızılbağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	120	2005
7	ANKARA	Ankara Seyran bağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	220	1975
8	ANKARA	Ankara Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	249	1996
9	ANKARA	Ankara Ümitköy Huzurevi	100	1993
10	ANTALYA	Antalya Fethi Bayçın Huzurevi	150	1983
11	AYDIN	Aydın Huzurevi	140	1993
12	AYDIN	Aydın Söke Hilmi Rifat Huzurevi	96	1981
13	BALIKESİR	Balıkesir Huzurevi	200	1985
14	BARTIN	Banın 75.Yıl Huzurevi	30	1998
15	BİLECİK	Bilecik Huzurevi	80	2006
16	BOLU	Bolu İzzet Baysal Huzurevi	60	1988
17	BOLU	Bolu İzzet Baysal Vakıf Huzurevi	60	1993
18	BURSA	SHÇEK Bursa A Osman Sönmez Huzurevi Yaşlı Bakım ve Reh. Merk.	316	1986
19	ÇANKIRI	Çankırı İsmail Ozdemir Huzurevi	100	2002
20	ÇORUM	Çorum Atıl Uzelgün Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	32	2001

	İL	SHÇEK'E BAĞLI HUZUREVLERİ	Kapasite	Kuruluş yılı
21	DENİZLİ	Denizli Çivril Huzurevi	75	1997
22	DENİZLİ	Denizli Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	200	1985
23	EDİRNE	Edirne Huzurevi	110	1990
24	ELAZIĞ	Elazığ Gazi Huzurevi	54	2005
25	ERZİNCAN	Erzincan 100 Yıl Atatürk Huzurevi	84	1939
26	ESKİŞEHİR	Eskişehir Hacı Süleyman Çakır Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	72	1967
27	ESKİŞEHİR	Eskişehir Maide Bolel Huzurevi	90	1990
28	GAZİANTEP	Gaziantep Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	84	1986
29	HATAY	Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	170	1985
30	İSPARTA	Isparta Atabey Huzurevi	40	1986
31	İSTANBUL	İstanbul Bahçelievler Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	210	197ü
32	İSTANBUL	İstanbul Göztepe S.Şakir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	130	1986
33	İSTANBUL	İstanbul İzzet Baysal Huzurevi	60	1992
34	İSTANBUL	İstanbul Kartal Maltepe Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	450	1975
35	İSTANBUL	İstanbul Zeytinburnu Semiha Şakır Huzurevi	92	1985
36	İZMİR	İzmir Buca Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	96	2005
37	İZMİR	İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	258	1977
38	İZMİR	İzmir Nevvai-Salih İşgören Bornava Huzurevi	102	2006
39	KAHRAMANMARAŞ	Kahramanmaraş Huzurevi	85	1981

	İL	SHÇEK'E BAĞLI HUZUREVLERİ	Kapasite	Kuruluş yılı
40	KARABÜK	Karabük Yücel Huzurevi	140	2000
41	KARAMAN	Karaman Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	90	1998
42	KASTAMONU	Kastamonu Huzurevi	T33	1993
43	KIRKLARELİ	Kırklareli Huzurevi	40	1999
44	KOCAELİ	Kocaeli Darıca Şhçek Gazeteciler Cemiyeti Hikmet Memduh Kızılağaç Huzurevi	41	1993
45	KOCAELİ	Kocaeli Huzurevi	120	1994
46	KOCAELİ	Kocaeli SHÇEK-Gölcük Belediyesi Huzurevi	40	2001
47	KONYA	Konya Akşehir Nasreddin Hoca Huzurevi	40	2001
48	KONYA	Konya Dr.İsmail Işık Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	384	1966
49	KÜTAHYA	Kütahya Huzurevi	65	1977
50	MALATYA	Malatya Huzurevi	100	1985
51	MANİSA	Manisa Akhisar Huzurevi	45	1997
52	MANİSA	Manisa Soma Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	20	1998
53	MANİSA	Manisa Turgutlu Huzurevi ve Ekbina	86	1950
54	MUĞLA	Muğla Abide Hasan Nuri Oncüler Huzurevi	80	1997
55	MUĞLA	Muğla SHÇEK-Fethiye Belediyesi Huzurevi	65	2005
56	NEVŞEHİR	Nevşehir Hacı Bektaş Rıfat Kartal Huzurevi	46	2001
57	NİĞDE	Niğde Bor Ahmet Kuddusi Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	102	1992
58	ORDU	Ordu Ahmet Cemal Mağden Huzurevi	110	1992
59	OSMAN İYE	Osmaniye Özden Huzurevi	110	2001
60	SAMSUN	Samsun Bafra 75.Yıl Huzurevi	46	1998
61	SAMSUN	Samsun Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi	30	2000
62	SAMSUN	Samsun Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	60	2006

	İL	SHÇEK'E BAĞLI HUZUREVLERİ	Kapasite	Kuruluş
63	TEKİRDAĞ	Tekirdağ Çorlu Huzurevi	80	2006
64	TEKİRDAĞ	Tekirdağ Zübeyde Hanım Huzurevi	80	1095
65	TOKAT	Toka! Huzurevi	100	2002
66	TRABZON	Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	203	1985
67	UŞAK	Uşak Huzurevi	100	1990
68	ZONGULDAK	Zonguldak Devrek Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	32	1999
69	ZONGULDAK	Zonguldak Karadeniz Ereğli İzmirlioğlu Huzurevi	60	1998
		TOPLAM	7605	

Ek 3: KAMU KURUM VE KURULUŞLARINA BAĞLI HUZUREVLERİ

KAMU KURUMLARINA BAĞLI HUZUREVLERİ			
	İL	KAPASİTE	KURULUŞ YILI
1	Ankara	316	2002
2	İstanbul	66	1991
3	İstanbul	500	1895
4	İstanbul	150	1993
5	İstanbul	401	1985
6	İzmir	1112	2001
7	Manisa	47	1982
TOPLAM		2592	

**EK 4: İLLERE GÖRE DERNEK VE VAKIFLARA AİT HUZUREVİ KAPASİTE
VE KURULUŞ YILLARI**

DERNEK VE VAKIFLARA AİT HUZUREVLERİ				
	İL	KURUM ADI	KAPASİTE	KURULUŞ YILI
1	AFYON	TÜRKİYE YARDIM SEVENLER DERNEĞİ DİNAR ŞUBESİ BUHURCULAR HUZ.	48	2004
2	ANKARA	Güçsüzler yürdü derneği semiha isen hüz.	30	1994
3	ANKARA	ÖZEL AKYURT VAKFI AKYURT YAŞAM EVİ	72	2001
4	ANKARA	POLATLI HUZ.YAPTIRMA VE YAŞATMA DERNEĞİ	148	1999
5	ANKARA	TÜRKİYE GÜÇSÜZLER VE KİMSESİZLERE YARDIM VAKFI	50	1994
6	ANKARA	HUZUR KÖŞKLERİ DERNEĞİ KUZ.	16	1995
7	ANTALYA	ANTALYA GÜÇSÜZ VE KİMSESİZ YASLILARI KORUMA VE YARDIMLAŞMA DERNEĞİ HUZ.	24	2001
8	BALIKESİR	BANDIRMA KIZILAY YAŞLILAR KONUKEVİ	50	2000
9	BALIKESİR	KIZILAY DERNEĞİ EDREMIT HÜZ.	40	1989
10	BALIKESİR	BURHANIYE HUZUREVİ VAKFI ÖZEL KENAN SUCUOĞLU HUZUREVİ	38	2006
11	ÇANAKKALE	ÇAKADER Çanakkale'yi Kalkındırma dayanışma ve Güzelleştirme Derneği DANIŞ ACAR HUZ.	104	2003
12	ÇANAKKALE	BİGA SAĞLIK VE EĞİTİM VAKFI BİSEV BİGA HUZ.	34	2003
13	DÜZCE	KIZILAY DERNEĞİ AKÇAKOCA YASLILAR KONUKEVİ	110	1991
14	ESKİŞEHİR	turklye güçsüzler ve kimsesizlere yardım vakfi selami var dar yaşlılar koşku	54	2004
15	İSPARTA	SAĞLIK, EĞİTİM VE YARDIMLAŞMA VAKFI HUZ.YARDIM DERNEĞİ İSPARTA HUZ.	200	1974
16	İSTANBUL	HUZUREVLERİ KURMA VE YAŞATMA DERNEĞİ İSTANBUL HUZ.	35	1988
17	İSTANBUL	İHTİYARLARA YARDIM DERNEĞİ HUZ.	91	1962
18	İSTANBUL	İSTANBUL DARUŞSAFAKA CEMİYETİ YAKACIK BAĞIŞÇILARI SİTESİ HUZ	95	1998
19	İSTANBUL	İSTANBUL HUZUR HASTANESİ VE DİNLENME EVLERİ VAKFI HUZ,	112	19B5
20	İSTANBUL	İSTANBUL KIZILAY ZEYNEP NEDİM OYVAR HUZ.	60	1985
21	İSTANBUL	M.E.B.KADIKÖY SAĞLIK EĞİTİM VAKFI KASEV VAKFI KADIR REZZAN HAS ÖĞRETMEN HUZ VE BAKİMEVİ -	134	1999

22	İSTANBUL	YAPI KREDİ BANKASI A.Ş. MENSUPLARI YARDIMLAŞMA VE EMEKLİ SANDIĞI HUZ.	33	1989
22	İSTANBUL	ALZHEIMERİMER VAKFI HUZ.	16	2002
24	İSTANBUL	RUMELİ TÜRKLERİ KÜLTÜR VE DAYANIŞMA VAKFI HUZ.	44	2003
25	İSTANBUL	DARUSSAFAKA MALTEPE BAĞIŞÇILAR SİTESİ T.BAKİMEVİ	137	2005
26	İSTANBUL	DARUSSAFAKA MALTEPE BAĞIŞÇILAR SİTESİ 2.BAKİMEVİ	39	2005
27	İZMİR	BALIM SULTAN KÜLTÜR VE HİZMETLER VAKFI VALİ KUTLU AKTAŞ DİNLENME EVİ	T 44	1997
28	İZMİR	TÜRKİYE YARDIM SEVENLER DERNEĞİ Dr KEMAL TAPIM HUZ	100	1903
29	izmir	İHTİYARLARA MAHSUS CEMİYETİ HAYRİYE DERNEĞİ ÖZEL DUŞKÜNLER EVİ	12	200€
30	MANİSA	MANİSA HUZ. VAKIF ÖZEL MANİSA HUZ.	84	1997
31	mersin	MERSİN YARDIM VE İYİLİK VAKFI HUZ.	84	1982
32	NEVŞEHİR	MEVLUT ÖZDEN VAKFI OZKONAK İKTİSADİ İŞLETMESİ	40	2001
33	SAKARYA	HAYIRSEVERLER DERNEĞİ HUZ.	50	1963
		TOPLAM	2312	

Ek 5:AZINLIKLARA AİT HUZUREVLERİ

AZINLIKLARA AİT HUZUREVLERİ			
	İL	KAPASİTE	KURULUŞ YILI
1	İSTANBUL	205	1852
2	İSTANBUL	136	1992
3	İSTANBUL	150	1853
4	İSTANBUL	79	2000
5	İSTANBUL	102	1838
6	İSTANBUL	40	1837
7	İSTANBUL	267	1832
	TOPLAM	774	

Ek 6 YEREL YÖNETİMLERE AİT HUZUREVLERİ

	İL	Huzurevi sayısı	Kapasite	Kuruluş Tarihi
1	ADİYAMAN	1	7	1981
2	ANKARA	1	22 B	1968
3	AYDIN	1	44	1957
4	BALIKESİR	1	38	1999
5	BURDUR	1	100	1996
6	BURSA	2	392	1973-1974
7	ERZURUM	1	26	1965
8	İSTANBUL	1	68	2003
9	İZMİR	3	448	1990-1992-1998
10	KAYSERİ	1	200	2002
11	MANİSA	1	120	1965
12	MUĞLA	1	47	2003
13	SAMSUN	1	60	1971
14	SİVAS	1	100	1997
15	ŞANLIURFA	1	40	1987
16	YOZGAT	1	72	2002
	Toplam	19	1990	

Ek 7 :GERÇEK KİŞİLERE AİT HUZUREVLERİ

GERÇEK KİŞİLERE AİT HUZUREVLERİ			
İL		SAYI	KAPASİTE
1	ADANA	1	35
2	ANKARA	17	870
3	ANTALYA	5	158
4	AYDIN	1	76
5	DENİZLİ	2	62
5	HATAY	1	34
7	İSTANBUL	45	1964
8	İZMİR	20	512
9	MERSİN	3	76
10	NEVŞEHİR	96	22
11	TEKİRDAĞ	97	315
	TOPLAM	288	4124

Ek 8: SHÇEK HUZUREVLERİNE GİRİŞ KOŞULLARI VE BAŞVURU KOŞULLARI

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine kabul edilecek yaşlılarda aranan nitelikler:

a) Huzurevlerine Kabul Koşulları

1. 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
2. Kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak, yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak,
3. Ruh sağlığı yerinde olmak,
4. Bulaşıcı hastalığı olmamak,
5. Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
6. Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.

b) Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine kabul koşulları

1. 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
2. Bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle sürekli ya da sürekli olarak özel ilgi desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak,
3. Ruh sağlığı yerinde olmak,
4. Bulaşıcı hastalığı olmamak,
5. Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
6. Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine kabul edilecek kişilerden (yaşlılardan) istenen belgeler

1. Dilekçe
2. Vukuatlı Nüfus Kayıt Örneği
3. Nüfus Cüzdanı Örneği
4. İkametgâh Belgesi
5. Gelir Durumunu Gösterir Belge Örnekleri
6. Sağlık Kurulu Raporu (*)

(*)Sağlık Kurulu Raporunun karar bölümünde "'Huzurevine girmesinde sakınca yoktur" ya da "Huzurevi Yaşı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde bakım görmesinde sakınca yoktur" ibaresi yer almalıdır.

(www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Huzurevine_Giris_ve_Basvuru.asp:

04.01.2007)

ÖZET

EK, Selda. Geriatri Hizmetleri Üzerine Genel Bir Değerlendirme: Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Yaşlılık, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun giderek çoğalması ile birlikte daha fazla önem kazanmıştır. Doğurganlık hızındaki düşüş, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler genel nüfus popülasyonu içerisindeki yaşlı nüfus yüzdesinin artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada geriatri hizmetleri üzerine genel bir değerlendirme yapılarak, Ankara ili örneği ele alınmıştır. Yaşlı bakım hizmetlerinde arzı; Ankara ilindeki SHÇEK, kamu kurumları, dernek ve vakıflar, azınlıklar, yerel yönetimler ve gerçek kişilere ait yaşlı bakım ve dinlenme evleri oluştururken; talebi bu kurum ve kuruluşlarda kalan yaşlılar oluşturmaktadır. Söz konusu amaç çerçevesinde Ankara’da kurumsal bakım hizmeti alan 260 yaşlıya anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda ağırlıkla eşi ölmüş, ilkokul veya lise mezunu yaşlıların kimsesizlik ve yalnızlık duygusundan dolayı kurum bakımını talep ettikleri tespit edilmiştir. Geriatri merkezlerinde kalan yaşlılar kurumlarının şehir merkezlerinde ya da şehir merkezine yakın yerlerde olması gerektiği düşüncesindedirler. Araştırmada çıkan bir başka sonuç da Geriatri merkezlerindeki personel eksikliğinin gönüllülük ya da ücretlilik esasına göre part time olarak giderilebileceğidir.

Anahtar Sözcükler:

1. Yaşlı,
2. Yaşlı Bakım Hizmetleri,
3. Arz ,
4. Talep.

ABSTRACT

EK, Selda. A General Assessment On Geriatrics Services, Ankara Province Model, Thesis of Master of Business Administration, Ankara, 2007.

In the light of current demographics trends showing an increase in senior citizens in Turkey, developed countries and, in general, the entire world, old age has gained a special significance. The falling fertility rate, the rising life expectancy at birth and improvements in health services and technology result in a higher percentage of senior citizens within population. By making a general assessment on geriatrics services, Ankara province model is evaluated in this study. Care services for the aged are rendered by the numerous care & rest houses in Ankara managed by the Social Services and Child Care Institution, some public entities, associations, foundations, minorities, local administrations, as well as some real entities, while the demand is produced by the senior citizens which are residents of that association and institutions. Within the scope of this study, 260 senior citizens receiving institutionalized care were interviewed. The interview revealed that the most common reason for seeking care in such an institution was the feeling of solitude and desolation experienced by primary or high school graduated senior citizens who lost their spouses. The seniors reside in geriatrics centres have the opinion that the institutions should be in city center or nearby. Another outcome of the study is that the lack of staff can be satisfied by part-time voluntary work or by part-time paid work.

Key Words:

1. Aged,
2. Care Services for the Aged,
3. Supply,
4. Demand.