

Uzun Dönemli Bakım Yönetimi

Long Term Care Management

Meryem Gül¹

¹ Doktorant, Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, Uşak Üniversitesi, meryem.gul@usak.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5451-2349.

Öz

Sağlık sorunları, yetersiz sosyoekonomik koşullar, sosyal destek yoksunluğu gibi nedenlerle bakım ihtiyacını karşılayamayan bireyler formal veya enformel bakıma yönelmektedirler. Günümüzde, daha önceleri genellikle aile içerisinde verilen enformel bakıma ek olarak formal bakım sistemleri gelişmiştir. Türkiye’de nüfusun yaşlanması ve toplumsal cinsiyet rollerindeki dönüşümler nedeniyle profesyonel uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyacın her geçen gün artacağı tahmin edilmektedir. Gerek kurumsal gerekse toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerinin kalitesi açısından multidisipliner ekip çalışması gereklidir. Sosyal hizmet uzmanları uzun dönemli bakım ekibi içerisinde yer alan meslek elemanlarından biridir. Bu çalışmada uzun süreli bakım sistemleri ve sosyal hizmet uzmanlarının bu sistemdeki rolleri değerlendirilmiştir. Türkiye’de mevcut bakım sistemlerinde iyileştirmeler yapılmalı, bakım hizmetlerinin sunumunda çeşitliliğe fırsat verecek yeni modeller geliştirilmeli, bakım verenlerin ihtiyaçları karşılanmalı, hizmet alanların hakları korunmalı, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki becerileri desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Uzun dönemli bakım, kurumsal bakım, toplum temelli bakım, bakım yönetimi, sosyal hizmet

Abstract

Individuals who cannot meet their care needs due to health problems, inadequate socioeconomic conditions, and lack of social support tend to seek formal or informal care. Today, formal care systems have developed in addition to informal care, which was usually given within the family before. It is estimated that the need for professional long-term care services will increase day by day due to the aging of the population and the transformations in gender roles in Turkey. Multidisciplinary teamwork is necessary in terms of the quality of both institutional and community-based long-term care services. Social workers are one of the professionals in the long-term care team. In this study, long-term care systems and the roles of social workers in this system were evaluated. Improvements should be made in the existing maintenance systems in Turkey, new models should be developed that will allow diversity in the delivery of care services, needs of caregivers must be met, the rights of service users should be protected, professional skills of social workers should be supported.

Keywords: Long term care, institutional care, community-based care, care management, social work

Makale Atf: Gül, M. (2022). Uzun Dönemli Bakım Yönetimi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 6(2), 143-159.

DOI: 10.55109/tushad.1079109

Alındı 25.02.2022
Kabul Edildi 19.12.2022
Yayınlandı 31.12.2022



Telif hakkı: © 2021 yazarlar tarafından. Lisans Sahibi Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, Rize, Türkiye. Bu makale, Creative Commons Attribution (CC BY) lisansının (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) hüküm ve koşulları altında dağıtılan açık erişimli bir makedir.

¹İletişim kurulacak yazar: Meryem Gül, meryemgul92@gmail.com

1. Giriş

Bakım, en temel insani ihtiyaçlardan biridir. Bakım hem sağlık hem de sosyal boyutları olan bir süreçtir. Bakım bireysel biyopsikososyal sağlığını ve bireysel iyilik halini kendi kendine sağlayamayacak durumda olan çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık sahibi gibi kimselere sunulan destek hizmetlerinin bütünü olarak tanımlanabilir (Gökbayrak, 2009, s. 59).

Bireyin bakım ihtiyacı içerisinde olup olmadığını tespit etmek için içinde bulunduğu duruma dair çok yönlü bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bakıma ihtiyaç duyan bireylere yönelik farklı bakım modellerinin geliştirilmesinde ve hizmetlerin kimlere hangi şartlar doğrultusunda sunulacağına karar verilmesinde sosyal devlet anlayışı, refah sistemleri ve finansman önemli rol oynamaktadır. Bakım hizmeti formal veya enformel olabilmektedir. Enformel bakım bireyin sosyal çevresi içerisinde yer alan aile, akraba, arkadaş, komşu, bağımsız gönüllüler tarafından ev içerisinde sunulan hizmetler bütünüdür. Bakım ihtiyacı olan kişilere sosyal çevrelerindeki kimseler tarafından profesyonel olmayan bakım verme sürecidir. Formal bakım ise kamu kurumları, özel sektör ve sivil toplum örgütü gibi kurum ve kuruluşların denetimi altında herhangi bir kamu kurumu ya da özel sektör çalışanı tarafından kurumlarda sağlanan bakımı ifade etmektedir. Bununla birlikte bireyin evinde bakım profesyonelleri tarafından veya profesyonel olmayan ancak uzmanların kontrolünde olan bakım verenler tarafından sağlanan hizmetleri içermektedir (OECD, 2005). Formal bakım; kurumsal bakım, yarı kurumsal bakım ve toplum temelli bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Kurumsal bakım, bakım veren kurumlar bünyesinde gerçekleştirilirken toplum temelli bakımın temel hedefi içinde bulunduğu fiziki ve sosyal çevreden kopmadan yaşamına devam etmesini sağlamaktır (Oğlak, 2011, s.119).

Temel sosyal haklardan biri olan bakım, refah devletinin yurttaşlarına karşı temel sorumluluğudur. Bakım hizmetlerinin sunumu ülkelerin benimsemiş olduğu sosyal politikalar ile yakından ilgilidir. Türkiye’de bakım ihtiyacı olanlara kamu kurumları, yerel yönetimler, özel kurumlar, sivil toplum örgütleri, gönüllüler tarafından hizmet sunulmaktadır. Türkiye’de bakım hizmetlerinin sunumunda geleneksellik sürmekte olduğundan bakım ağırlıklı olarak aile içerisinde enformal bakım verenler tarafından sağlanmaktadır. Ailede bakım verenler ataerkil cinsiyet rejimi ve toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle genellikle ücretsiz bakım emeği sunan kadınlar olmaktadır. Ancak, günümüzde kırdan kente göç, kadınların çalışma hayatına katılımının artması, bireyselleşme gibi nedenlerle formal bakıma talep artmıştır. Diğer yandan özellikle kurumsal bakım maliyetinin yüksek olması nedeniyle evde bakımı destekleyici toplum temelli bakım modellerine yönelim artmıştır. Nüfus projeksiyonları Türkiye’de yaşlı nüfusun artmakta olduğunu ve gelecekte de bu artışın süreceğini göstermektedir. Buna paralel olarak yaşlı bakımı ihtiyacının artmasıyla uzun dönemli bakıma olan ihtiyacın da artması beklenmektedir. Uzun dönemli bakım yönetiminde üç unsur önemlidir. Bunlardan birincisi, artan bakım talebi karşısında bütçe yetersizliği ya da neoliberal maliyet etkin yönetim anlayışı doğrultusunda bakım hizmetlerine ayrılan bütçenin sınırlandırılması nedeniyle arz talep dengesini korumaktır. İkincisi, bakım yönetiminin çeşitli hizmetlerin ve hizmet sunan personelin koordinasyonunu gerektirmesidir. Üçüncüsü, bakım hizmetinin insan onuruna yakışır biçimde sunulabilmesi için kalite standartlarına uygun olması gerekliliğidir. Sosyal hizmet uzmanları uzun dönemli bakım yönetiminde profesyonel bakım ekibi içerisinde meslek elemanı rollerinin yanı sıra yönetici rolünde de olabilmektedirler. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları yönetici olarak yeni becerilere de ihtiyaç duymaktadırlar.

2. Uzun Dönemli Bakım

Çeşitli hizmetleri kapsayan bakımın sağlık boyutu kadar sosyal boyutu da önemlidir. Bakım, sağlık boyutu ile ortaya çıkmış ve uzun süre tıbbi yönü ile ele alınmıştır. İlerleyen süreçte sosyal bakımın da sağlık bakımı kadar önemli olduğu ve her iki boyutun birbirinden kesin çizgilerle ayrılamayacağı anlaşılmıştır. Sağlık bakımı hemşire, fizyoterapist, hekim, diğer sağlık profesyonelleri gibi meslek

elemanları tarafından sunulan tıbbi bakımı kapsamaktadır (Wunderlich ve Kohler, 2001). Sosyal bakım ise, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla bakıma ihtiyacı olanlara sunulan hizmetler bütünüdür. Sosyal bakımın hedefi en temelde insanların bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürebilmesidir. Sosyal bakımda birey ve ailenin yanı sıra toplumsal refah da hedeflenmektedir (Dickinson ve diğ., 2012). Bu nedenle, sosyal bakım refah devletinin temel sorumluluklarından biridir. Sosyal bakım toplumun sosyoekonomik yapısının iyileştirilmesi, ayrımcılığının önlenmesi, dezavantajlı bireylerin topluma katılımı, bireylerin sağlığının ve insan haklarının korunması gibi konularda da önemli işleve sahiptir (Oğlak, 2016, s. 33).

Bireyin bakım ihtiyacı içerisinde olup olmadığını tespit etmek için bireyin içinde bulunduğu duruma dair çok yönlü bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bakım gereksinimi genellikle yaşlanma ile ilişkilendirilse de hastalık, doğum, kaza, engellilik, işsizlik gibi sosyal riskler nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle bakım ihtiyacı bireyin yeme içme, öz bakım gibi günlük yaşamın rutin aktiviteleri yerine getirememesi nedeniyle yaşından bağımsız olarak başkalarının bakım ve destek vermesine ihtiyaç duyması durumunda ortaya çıkmaktadır (Ağören, 2016, s.4). Bakım ihtiyacının belirlenmesinde temel ölçüt işlevselliktir (Tufan, 2006). Örneğin; engelli ya da kronik hastalığa sahip her birey bakıma ihtiyaç duymamaktadır. Bu nedenle bireyin ne ölçüde işlevsel olduğundan hareketle bakım ihtiyacına yönelik çıkarımlarda bulunmak mümkündür. Bireyin işlevsellik kapasitesini değerlendirmek için geliştirilen modeller Tablo 1’de görülebilir.

Tablo 1. Bakım İhtiyacını ve İhtiyacın Düzeyini Tespit Eden Modeller

Model	Juchli Modeli (Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli)	Krohinkel Modeli (Günlük Yaşam Deneyimleri ve Aktiviteleri Modeli)	Gordon Modeli (Davranış Kalıpları Modeli)	Reaksiyon Modeli
Ölçüt Olarak Belirlenen Aktiviteler	-Uyuma, uyanma -Hareket yeteneği (yürüyebilmek, uzanabilmek) -Yıkanmak, giyinmek -Yeterli beslenmek -Tuvalet ihtiyacını gidermek -Vücut sıcaklığını düzenlemek -Normal nefes alıp vermek -Güvence altında yaşayabilmek -Zaman ve mekânı idrak etmek -İnsani ilişkiler -Cinsel ilişkilerde denge -Hayatın temel amacını anlamak	-İletişim -Hareket yeteneği -Hayati fonksiyonları gerçekleştirmek (nefes alıp verme, dolaşım sistemi) -Öz bakım potansiyeli -Yeterli beslenme -Tuvalet ihtiyacını gidermek -Giyinmek -Uyumak ve dinlenmek -Meşguliyet -Cinsel tutum ve davranışlar -Güvenli yaşamak -Sosyal fonksiyonları sağlamak -Manevi güçler, değerler, inançlar	-Kendi sağlığını algılama -Beslenme -Tuvalet ihtiyacını giderme -Hareket yeteneği -Algılama -Kendini tanıma -Rol ve ilişkiler -Cinsellik ve üreme -Stres yönetimi -Uyuma ve dinlenme	-Fiziksel temas -İletişim kurma -Hareket yeteneği -İdrak, bilinç -Hafıza gücü -Hissetmek -Konuşmak, sohbet etmek -Ayırt edebilme yetisi -Değer vermek

Kaynak: Seyyar, 2004

Uzun dönemli bakımın (UDB) temel bileşenlerinden biri bakımın uzun süre devam etmesi, bir diğeri bakımın çeşitli kolları olan bir sistem içerisinde verilmesidir. Avrupa Komisyonu 2012 Yaşlanma Raporunda UDB “bedensel ve/veya zihinsel engelinden dolayı günlük işlevleri bağımsız bir şekilde yerine getirme yeteneği uzun bir süre boyunca sınırlı olan bireylere yönelik geniş yelpazeli hizmet ve yardımların

düzenlenmesi ve sunulması” olarak tanımlanmıştır (Ayhan, 2014). UDB uzun vadede günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının yardımına ihtiyaç duyan bireyler için bir dizi hizmeti bir araya getiren politika konusudur. Bu nedenle, UDB yalnızca bakıma ihtiyacı olan kimse ve yakınlarının sorunu olmayıp sosyal politika ile de ilgilidir. Bakım genellikle yaşlı ve engelli bireylerin ihtiyacı olarak algılansa da temel sağlık hizmetleri, rehabilitasyon, sosyal bakım, evde bakım, yemek hizmetleri, barınma, mesleki faaliyetler, ulaşım, güçlendirme faaliyetleri UDB çatısı altında tanımlanabilir. Dölek (2012), UDB ile ilişkili yapabilirlikleri şu şekilde sıralamıştır:

- Yürümek, banyo yapma, giyinme, beslenme, yemek hazırlama, ev temizliği yapma
- Ağrıyla baş etme, inkontinans (idrar kaçırma) ile baş etme
- Güvenliksiz davranış ve yalnızlık ile baş etme
- Fizyoterapi ve psikoterapi ihtiyacı
- Danışmanlık ihtiyacı
- Telefonlara cevap verme, doktorlarla görüşme, ulaşım, ilaçların doğru kullanılması
- Paranın doğru kullanılması, hesapların/faturaların ödenmesi, kişisel hijyenin sağlanması
- Mektup yazma, evde ihtiyaç duyulan değişiklikleri yapma gibi

UDB hizmetlerinden yararlanan ilk gruplar engelliler, yaşlılar ve kronik hastalıklara sahip bireylerdir. 1970’den önce engellilerin ve kronik hastalıklara sahip bireylerin bakımı hane içerisinde aileleri tarafından sağlanmıştır. Bu dönemde ailenin yoksulluk gibi nedenlerle bakımı üstlenemediği durumlarda geleneksel ailenin ikame aracı olarak devlet, dini ve gönüllü mekanizmalar devreye girmiştir. Ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan yaşlıların bakımı için kurulan huzurevleri ve aileleri tarafından bakım verilmeyen tüberküloz hastaları için kurulan senatoyumlar ilk UDB kurumları olarak kabul edilmektedir (Muiser ve Carrin, 2007). 1970’lerden sonra UDB sosyal yardım programları ile gündeme gelmiştir. UDB günümüzde kurumsal bakımdan uzaklaşmış olup evde bakım ve toplum temelli bakım uygulamalarına yönelmiştir (Lipszyc ve diğ., 2012; Wittenberg ve diğ., 1998).

Bakıma ihtiyaç duyan bireylere yönelik farklı bakım modellerinin geliştirilmesinde ve hizmetlerin kimlere hangi şartlar doğrultusunda sunulacağına karar verilmesinde ülkelerin yönetim anlayışı, sosyal devlet anlayışı, refah sistemleri ve finansman önemli rol oynamaktadır. UDB kaynakları işverenler, çalışanlar, hane halkları, bireyler, şirketler, hükümet dışı kuruluşlar ve hayırsever kurumlar tarafından finanse edilmektedir. Bakım finansman kaynakları özel tasarruflar², özel sigorta³, kamu destekli özel sigorta⁴, genel vergilerle finansmanı sağlanan kamusal bakım güvencesi ve primlerle finanse edilen sosyal sigortadır (Yıldırım, 2012). Farklı ülkelerde uygulanan bakım finansmanı yöntemleri sisteminin kimleri hedef aldığı değerlendirilerek şu şekilde kategorize edilmiştir: (1) primli-primsiz-karma model, (2) evrensel/gelir testine dayalı model, (3) hak temelli-sabit gelirli model.

Bu kategorilerden birincisi primli-primsiz-karma modeldir. Primli modelde bireylerin bakım ihtiyacı genel sağlık sigortası veya UDB sigortası kapsamında karşılanmaktadır. Primli modelde çalışanlardan alınan ücretlerden belirli oranlarda kesinti yapılarak kaynak oluşturulmaktadır. Devlet, sigorta primini ödeyemeyecek durumda olan yoksul ve işsiz yurttaşların prim ödemelerini üstlenebilmektedir. Bakım ihtiyacı olan bireylere ihtiyacı ve ödediği prim oranına göre bakım hizmeti veya nakit yardımı sağlanmaktadır. Hollanda, Japonya, Kore, Lüksemburg, Almanya primli modeli uygulayan ülkeler arasında yer almaktadır. Primsiz modelde bakım ihtiyacının finansmanı ülke genelinde toplanan vergilerle oluşturulan kaynaklardır. Birey bakım ihtiyacının derecesine ve gelirine göre bakım hizmetinden

² Bireylerin kendi iradeleri ile yaptıkları birikimler, kişisel mülklerin kullanımı

³ Emeklilik, hayat sigortası gibi kişilerin kendi isteği ile satın aldığı özel sigorta

⁴ Devlet tarafından yapılan para yardımı, vergi teşviki gibi uygulamalar

yararlandırılmaktadır. Primsiz modeli uygulayan ülkeler arasında İskandinav ülkeleri, İspanya, Avusturya, Litvanya bulunmaktadır. Karma model ise, primli ve primsiz modelin birlikte uygulandığı sistemdir. Bakım ihtiyacı olan bireylerin sosyal bakım masrafları çalışanlardan alınan ücretlerden yapılan kesintiler ve vergilerle karşılanmaktadır (Ağören, 2016; Seyyar, 2004).

İkinci sınıflandırma evrensel sistemler ve gelir testine dayalı sistemler olarak yapılmıştır. UDB hizmetleri nüfusun tamamını veya büyük bir kısmını kapsayabileceği gibi belirli bir gelir ve mal varlığı düzeyinin altında olanlara da verilebilir. Bütün yurttaşları kapsayan evrensel sistemler ağırlıklı olarak sosyal sigorta ile nüfusun belli bir kesimini kapsayan sistemler ise genel vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Evrensel sistemlere örnek olarak Almanya ve Japonya verilebilir. Almanya'da nüfusun tamamına yakını yarı-kamu hastalık fonları aracılığıyla işletilen UDB için bir sosyal sigorta programına katılmaktadır. İşveren ile çalışan aynı oranda prim ödeyerek hastalık fonuna belirli bir katkı yapmaktadır. Bakım ihtiyacı koşullarını karşılayan her yurttaş gelirinden bağımsız olarak belirlenen UDB hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Japonya'da 40 yaş üzerindeki bütün vatandaşlar yerel yönetimler bünyesindeki bir sosyal sigorta programına katılmaktadır. Gelir testine⁵ dayalı sistemlere ise İngiltere ve ABD örnek oluşturmaktadır. ABD'de bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı eyalet ve merkezi yönetimin ortak programı olan gelir testine dayalı "Medicaid" sistemi ile sağlanmaktadır. İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi tarafından sağlanan UDB hizmetleri yerel yönetimler tarafından gelir testine bağlı olarak verilmektedir. Karma sistemler ise hem evrensel hem gelir testine dayanan sistemlerdir. Karma sistemlere örnek oluşturan Fransa'da engellilik seviyesine göre ihtiyacını karşılamak üzere 60 yaş ve üzeri bireylere bireysel özerlik ödeneği adıyla UDB nakdi yardımı sağlanmaktadır. Yardımdan yararlanma hakkı evrensel olup yardımın düzeyi gelir ve engellilik durumuna bağlı olarak değişmektedir (Merlis, 2004).

Üçüncü sınıflandırma ise hak temelli/sabit gelirli programlardır. Bu sınıflandırma kamuda UDB için ayrılan bütçenin açık uçlu olup olmadığına göre yapılmaktadır. Açık uçlu olarak ifade edilen hak temelli program kapsamında hizmetler UDB hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip herkese sunulabilmektedir. Sabit gelirli programlarda ise yararlanma kriterleri gelir seviyesine göre belirlenmekte olup bütçenin kısıtlı olması durumunda hizmetler sınırlanmakta veya bekleme listeleri oluşturulmaktadır. İskandinav ülkeleri hak temelli programlara ABD ise sabit gelirli programlara örnek oluşturmaktadır (Merlis, 2004).

Ülkelerin sunmuş olduğu bakım hizmetlerinin finansmanında izlenen sosyal refah devleti anlayışı etkili olmaktadır. Neoliberal politikaları ve liberal refah rejimini benimseyen ABD ve İngiltere'de maliyet ön plandadır. Sosyal demokrat refah rejimlerinin benimsendiği ülkelerde ise bireyin iyilik hali ve yaşam kalitesi öncelenmektedir. Bu ülkelerde bakım hizmeti almak en temelde bir insan hakkı olarak görülmektedir. Bakım hizmetlerinin bireyin itibarını koruyacak şekilde sunulabilmesi için kalite standartlarını karşılaması gerekmektedir. UDB sistemlerinin oluşturulması ve değerlendirilmesine (ölçülmesine) yönelik birtakım hizmet standartları geliştirilmiştir. Bakım hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında aşağıda belirtilen hususlar Ayhan (2014, s. 43) tarafından şu şekilde sıralanmıştır:

- Bireyin ihtiyaç, hak ve sorumlulukları göz önünde bulundurmalıdır
- Hizmetler kolaylıkla erişilebilir olmalıdır
- Profesyonellerin, hizmet alanların, ailelerin ve enformel bakım verenlerin kaynakları koordine edilmelidir
- UDB yeterli ölçüde ve adil bir şekilde finanse edilmelidir

⁵ Bir kişinin gelir ve varlıkların değerlendirilerek UDB hizmetlerinden yararlanamayacağına karar vermede kullanılan şartları ifade etmektedir.

- UDB hizmeti alanlara, sunanlara ve yöneticilerine bilgi vermek amacıyla eğitim planı hazırlanmalıdır

Nüfusun yaşlanması ile birlikte UDB gelişmiş ülkelerin yanı sıra düşük ve orta gelirli ülkelerin sorunu haline geldiğinden küreselleşmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun yaşam süresi gelişmiş ülkelere göre kısa olsa da bu ülkelerde yaşlı nüfusta kronik hastalık oranının yüksek olması bakım yükünü doğurmuştur. Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının düşmesi sonucunda nüfusun hızla yaşlanması UDB hizmetlerine talebin artmasına ve arz açığına neden olmuştur. UDB arz açığının temel nedeni kadın istihdamının artması ile geleneksel aileden çekirdek aileye geçiştir. Birçok ülkede, UDB sorunları geleneksel enformel kadın emeği gibi geleneksel yollarla çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak, hanede bakım rolünü üstlenen kadınların çalışma hayatına katılması ile birlikte rolleri de dönüşmüştür. Bu doğrultuda bakım ihtiyacının daha öncesinde karşılanmakta olduğu enformel sistemlerin işlerliğinde sorunlar olmuş ve profesyonel bakıma olan ihtiyaç artmıştır. Böylece, formel bakım devreye girmiştir. Formel bakım ilk önce kurum bakımı şeklinde verilirken daha sonraları kurum bakım maliyetinin artması ve bakım hizmeti alan bireyin kendi yaşam alanını terk etmeden bakım almayı tercih etmesi nedenleriyle toplum temelli bakım hizmetleri gündeme gelmiştir (Bal, 2016).

2.1. Enformel Bakım

Bireyin enformel bakım kapasitesi sahip olduğu sosyal destek ağı ile ilgilidir. Sosyal destek yoksunluğu yaşayan bireyler formel bakıma daha çok ihtiyaç duymaktadırlar (Guo ve Castillo, 2011, s. 215). Enformel bakım herhangi bir mevzuat düzenlemesine tabi değildir ve bakım verenler genellikle eğitimsiz kişilerdir. Bakım, bakım verenler tarafından kişiye karşı bir sorumluluk ve ailevi bir görev olarak görülmektedir. Bu nedenle, enformel bakım emeği ücretsiz emektir. Toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle genellikle hane içerisinde özel alanda konumlanan kadınlar tarafından verilmektedir. Kadınlar ücretsiz ev içi emek işçisi rolleri ile bakımı gönüllü veya zorunlu olarak sürdürmektedirler. Bakım hizmetinin eğitimsiz kişiler tarafından sunulması, gönülsüz olarak sunulması gibi nedenler bakımın kalitesini düşürdüğünden istismara varan boyutlara da ulaşabilmektedir. Ayrıca, enformel bakım verenler bakım işine daha az vakit ayırmaktadır (Beesley, 2006). Enformel bakım, bireylerin yaşamını sürdürdüğü ev ortamında kalmasını sağladığından bakım ihtiyacı olan kişiler tarafından daha çok tercih edilmekte olsa da profesyonellikten uzaktır (Leichsenring, 2004). Enformel bakım ile ilgili bir sorun da bakım verenlerin dinlenmeye ihtiyaç duyduğu dönemlerde bakıma ihtiyacı olan bireyin bakımını üstlenecek bir mekanizmanın olmamasıdır (Chawla ve diğ., 2007). Oysaki bakım verenlerin de öz bakıma ve dinlenmeye ihtiyaçları vardır.

Enformel bakım dezavantajlarına rağmen maliyeti düşük olduğundan ve bakım alanlar tarafından daha çok tercih edildiğinden ülkeler enformel bakım verenlere destek sağlamak için program ve politikalar geliştirmektedirler (Oğlak, 2007, s. 102). İskandinav ülkelerinin bazılarında 1980'ler itibarıyla bakım verenlere yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Danimarka'da ve Norveç'te bakım veren akraba ve komşulara düzenli nakdi yardım sunulmakta, Finlandiya'da enformel bakım verenler yerel yönetimlerden ve emeklilik ücretlerinden sabit pay almaktadırlar. 1990'lı yıllarda Almanya, Avusturya, Lüksemburg gibi ülkelerde enformel bakım verenlere nakdi destek sağlanmaya başlanmıştır. Hollanda'da enformel bakım verenlere psikososyal destek hizmeti verilmektedir (Chawla ve diğ., 2007).

Aile üyeleri arası ya da kuşaklar arası ilişkileri düzenleyen gelenekler toplumlarda farklılaşmaktadır. Kültürel farklılıklar bakıma ilişkin tutumlara da yansımaktadır. Örneğin, bazı toplumlarda birey ileri yaşta aile üyelerinin bakımını üstleneceği yönünde bir öğreti ile yetiştirilirken bazı toplumlarda kurumsal bakım normal karşılanmaktadır. En az bağımlılık beklentisinin olduğu veya bağımlı olmayı geçerli kılan değerlerin olmadığı toplumlarda kurum bakımı daha çok kabul görmektedir. Yetiştirilme döneminde özerk olması gerektiği yönünde toplumsallaşan birey yaşlı aile üyelerinin bakımı konusunda sorumluluk hissetmediği gibi aileden destek beklentisi içinde de olmamaktadır. Günümüzde Türkiye'de geleneksel

sistemle sorgulanmakta ve kültürel yapıda değişimler söz konusu olmaktadır. Diğer yandan aile üyeleri arasında karşılıklı duygusal bağ sürmekte ve aileye bağımlı olmak kabul görmektedir. Bu nedenle bakıma ihtiyacı olan bireyin kurum bakımı almasına yönelik ön yargılı bakış sürmektedir (Badgett ve Folbre, 1999, s. 312; Küntay, 2016, s. 233). Bununla birlikte, her ne kadar gelecekte toplum temelli bakım hizmetlerinin daha da önem kazanması beklense de kurumsal bakımının her zaman önemini koruyacağı düşünülmektedir.

2.2. Formel Bakım

Formel bakımda UDB hizmetleri genellikle eğitilmiş, sertifika/lisans sahibi, nitelikli profesyonel veya yarı profesyonel bakım verenlerce sağlanmaktadır (Triantafillou ve diğ., 2010). Formel bakım, sunulan hizmetlerin özelliklerine bağlı olarak kurumsal bakım (institutional care) ve toplum temelli bakım (community based care) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.2.1. Kurumsal Bakım

Bakım ihtiyacı içerisinde olan bireye bakım veren olmaması veya bakım verenin hizmeti doğru şekilde gerçekleştirmemesi gibi nedenlerle birey kurumsal bakım kapsamına alınmaktadır. Kurumsal bakım huzurevleri, bakım evleri, bakım yurtları gibi kurumlarda 7 gün 24 saat kesintisiz devam etmektedir. Bakım kurumları bakım hizmeti alanların yaşam alanı haline geldiğinden kurumsal bakım aynı kurumda yaşayan kimselerin bireysel ve ortak yaşam alanlarının toplu yaşama uygun şekilde düzenlenmesini de gerektirmektedir. Tarihsel süreçte kurumsal bakım hizmeti alan ilk grup on sekizinci yüzyılda bakım kurumlarına yerleştirilmeye başlayan engelliler olmuştur (Bettio ve Verashchagina, 2010).

Kurum bakımı hizmet alanların toplumdan tecrit edilmesi, insan hakları ile örtüşmeyen yönleri sahip olması, istismarı arttırması gibi nedenlerle eleştirilmektedir. Bu olumsuzluklar nedeniyle toplum temelli bakıma olan talep artmıştır. Bununla birlikte, kurum bakımı yüksek maliyetlerle liberal refah rejimlerine yük oluşturmaya başlaması ile gündeme gelmiştir. Günümüzde bakım ihtiyacının artmasıyla da kurum bakımı hizmetlerine alternatif bakım modelleri aranmaya başlanmıştır. Düşük maliyetli ve bakım ihtiyacı olanların daha çok tercih ettiği toplum temelli bakım hizmetlerine talep artmıştır.

Yarı kurumsal bakım, kurumsal bakım ile toplum temelli bakım arasında alternatif çözüm olarak gelişmiştir. Yarı kurumsal bakımda hem bireyin sağlıklı ve güvenli bir ortamda sosyal yaşama katılımı sağlanmakta hem de kurumsal bakıma olan ihtiyacının mümkün olduğunca önüne geçilmesi sağlanmaktadır. Yarı kurumsal bakım hizmetleri Türkiye’de daha çok gündüzlü bakım olarak algılansa da kimi ülkelerde gece bakımı hizmetleri sunulmaktadır. Tam zamanlı kurumsal bakımda birey yaşam alanından ve sosyal çevresinden tamamen kopmakta ve yeni bir çevre içerisine girmektedir. Yarı zamanlı gündüz-gece bakımının en önemli özelliği, kurum bakımının bireyi alışageldiği yaşam alanından kopmaksızın belirli sürelerle sağlanmasıdır (Lucas ve diğ., 2002).

2.2.2. Toplum Temelli Bakım

Toplum temelli bakım sağlık bakımı ve sosyal bakımın bireyin yaşamını sürdürdüğü ortamda verilmesidir. Ülkeler son dönemde toplum temelli bakıma daha fazla önem vermeye başlamışlardır (Oğlak, 2011, s. 119). Finansal açıdan toplum temelli bakımın devlete maliyeti kurum bakımından daha az olduğundan devlet bütçesine olumlu katkı sağlamaktadır. Bu nedenle Avrupa ülkeleri, ABD, Japonya, İsrail gibi gelişmiş ülkelerin çoğunda kurum bakımından toplum temelli bakıma yönelim olmuştur. Örneğin; Danimarka’da 1980’lerin başında kurum bakımı yaygın iken sonraları toplum temelli bakıma olan yönelimle birlikte yeni kurumların açılması durdurulmuştur. Böylece, 1982-1996 yılları arasında kurum bakımından yararlanan yaşlıların oranı %20’den %12’ye düşmüştür. 1982 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içinde kamusal UDB harcamalarının payı %2.6 iken, 1994’de %2.3’e düşmüştür (Gibson ve diğ.,

2003). Bununla birlikte kurumsal bakım da tamamen ortadan kalkmamış ve önemini korumaya devam etmiştir. Toplum temelli bakımın bireyin ihtiyacını karşılamada yetersiz kalması durumunda alternatif olarak kurumsal bakım hizmetleri sürmektedir. Toplum temelli bakımda kaydedilen gelişmelere rağmen kurum bakımının önemini koruyacağı ön görülmektedir.

Ev hastanesi, tıbbi evde bakım, duvarsız hastane olarak da adlandırılan evde bakım (Bentur, 2001, s.72) bireyin yaşadığı ortamda profesyonel olarak verilen bir hizmet olup evde aile, arkadaş, akraba gibi bakım verenlerin sunduğu hizmetlerden farklıdır. Toplum temelli UDB'de doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, uğraşı terapisti gibi farklı meslek gruplarından meslek elemanları yer almaktadır. Bununla birlikte, bireyin ve ailesinin bakım sürecine katılımı da önemlidir (Özer ve Şantaş, 2012, s. 97).

Evde bakımın sağlık boyutu kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma terapileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, parental beslenme gibi mevcut ya da olası sağlık sorunlarını içermektedir (Sayan, 2004, s. 91). Evde bakımın sosyal boyutu birey ve ailesinin fiziksel, ekonomik, duygusal, sosyal ve çevresel yönden bütüncül olarak ele alınmasını gerektirmektedir (Karahan ve Güven, 2002, s. 157). Evde bakım kısa süreli ve uzun süreli olabilmektedir. Kısa süreli evde bakım hizmetleri tıbbi bakım ağırlıklıdır, hastalık sonrası iyileşme dönemini kapsamaktadır, 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım; hem tıbbi hem sosyal bakım hizmetlerini kapsamaktadır, sosyal bakım ağırlıklıdır, altı aydan fazla bakıma gereksinim duyulması halinde verilen hizmetleri kapsamaktadır (Oğlak, 2007, s. 101-102).

Evde bakım ekibi içerisinde hekim, hemşire, ev ekonomisti, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti gibi farklı meslek grupları yer almaktadır (Özer ve Şantaş, 2012, s. 97). Karahan ve Güven (2002, s. 158)'e göre; Türkiye'de evde bakıma duyulan ihtiyacın artmasına neden olan etmenler şunlardır:

- Göç, kentleşme gibi nedenlerle çekirdek aileye dönüşün artması
- Çekirdek aileye dönüş ile birlikte yaşanan küçük konutların yaşlılarla birlikte yaşama uygun olmaması
- Ailede bakım rolünü önemli ölçüde üstlenen kadınların çalışma hayatına katılması veya katılmak istemesi
- Gençlerin yaşlılığa ilişkin bakışının değişmesi ve kuşaklararası çatışma
- Yaşlıların ve ailelerinin ekonomik yetersizliği
- Yaşlıların ve ailelerin yaşlılık hakkında bilgi eksikliği

Genellikle yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri tarafından sağlanan evde yemek hizmeti de evde bakım hizmetleri içerisinde değerlendirilebilir. Yeterli ve dengeli beslenme başkalarının yardımı olmaksızın günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireyler açısından oldukça önemlidir. Kötü beslenme bir taraftan bakım ihtiyacı olan bireyin sağlık durumunun kötüye gitmesine neden olurken, diğer taraftan başka sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını da doğurabilmektedir. Bu çerçevede kamu kurumları, yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve gönüllüler tarafından bireyin evinde ücretsiz veya düşük ücretler karşılığında yemek hizmetleri sunulmaktadır. Evde yemek hizmeti sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını ve ağırlaşmasını önlediğinden sağlık bakımı yükünü azaltmakla birlikte rutin yemek dağıtımı sürecinde kurulan iletişimle bireyin yalnızlık duygusunu azaltması ve bireyi güvende hissettirmesi bakımından önemlidir (Oğlak, 2011, s. 12).

Toplum temelli bakım hizmetlerinin sunumunda teknoloji özel bir yere sahiptir. Toplum temelli bakım hizmetlerinde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılması bakım yükü ve maliyetinin azaltılmasını gündeme getirmiştir. Masrafları azaltmanın yanı sıra, sürdürülebilir bakım sağlamak ve bakım hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için UDB'de bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılması gerekmektedir. Örneğin; Alzheimer

hastalarına yönelik ev güvenlik sistemleri, diyabet hastalarına yönelik ölçüm takibi gibi teknolojik ürünler tasarlanmış ve üretilmiştir. Türkiye’de UDB’de bilgi iletişim teknolojileri mobil sağlık hizmetlerinde ve özel sektör tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır (Vural ve Özgöbek, 2017). Bakım hizmetlerinde bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımı sınırlı olmakla birlikte özellikle yaşlı bakımı olmak üzere düşmeye karşı alarm sistemleri, TV veya radyo aracılığıyla günlük programın (ilaç alım saatleri gibi) hatırlatılması, kamera ile izleme hizmetlerinin sunulması gibi hizmetler hayata geçirilmeye başlanmıştır (Özgöbek, 2019, s. 109). UDB’de bilgi iletişim teknolojilerinin kullanılması; bakım ihtiyacı içinde bulunanların başkalarına bağımlılığını azaltmakta, güvenliği arttırmakta, yaşam kalitesini arttırmakta ve topluma katılımı kolaylaştırmaktadır. Bu konuda yapılan önemli çalışmalardan biri Ankara Valiliği ve SABEV ortaklığında hayata geçirilen ve 2010-2016 yılları arasında hizmet veren Ankara Yaşam Destek Merkezidir. Proje kapsamında Çankaya, Yenimahalle, Mamak, Altındağ ve Keçiören mahallelerinde ihtiyacı olduğu tespit edilen yaşlıların evlerine yerleştirilen cihazlar sayesinde durumları sürekli kontrol altında tutulmuştur. Cihazlar kemere veya kolye şeklinde boyuna takılarak düğmeye basıldığında bireyin kimlik bilgileri, kullandığı ilaçlar, hastalık geçmişi, ulaşılabilir yakınları, komşuları vb. bilgilerin çağrı merkezindeki görevlilere iletilmesini sağlamıştır. Acil durum sinyali geldiğinde sağlık ekibinin veya güvenlik ekibinin yaşlının evine gitmesi sağlanmıştır (Tomanbay, 2019).

3. Türkiye’de Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri

Demografik eğilimler ve istatistiksel veriler Türkiye’de gelecekte bakıma olan ihtiyacın artacağını göstermektedir. Türkiye’de çocuk bağımlılık oranı azalmakta yaşlı nüfus artmaktadır. Nüfus projeksiyonları gelecekte yaşlı bakımı konusunun ciddi bir sorun olacağını göstermektedir. Çalışma çağındaki kişi başına düşen çocuk ve yaşlı birey sayısını gösteren toplam yaş bağımlılık oranı 2020’de %47,7; 2021’de %47,4’tür. Ekonomik olarak aktif olan kişi başına düşen çocuk sayısını ifade eden çocuk bağımlılık oranı 2020’de %33,7 olup 2021’e %33’e gerilerken çalışan kişi başına düşen yaşlı birey sayısını ölçen yaşlı bağımlılık oranı ise 2020’de %14,1 iken 2021’de %14,3’e yükselmiştir. 2021 yılı Aralık ayı sonunda Türkiye nüfusu 84 milyon 680 bin 273 kişi olmuştur. Nüfusun % 9.7’si 65+ bireylerden oluşmaktadır (TÜİK, 2021).

Değişen nüfus yapısı karşısında Türkiye’de sosyal politikaların ve hizmetlerin geliştirilmesi önemlidir. Bu noktada bakım politikaları ile ilgili mevcut tabloyu gözden geçirmek faydalı olacaktır. Türkiye’de UDB ile ilgili ilk düzenleme olan 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanununda evde sağlık hizmetleri hem tıbbi hem sosyal boyutu ile ele alınmıştır. Bu Kanunda bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadelede hastaların evde tecrit edilmesine yönelik uygulamalar planlanmıştır. 1961 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun Umumi Hıfzısıhha Kanunundan ayrılan yönü koruyucu sağlık hizmetlerini de içermesidir. Bu hizmetlerin odağı gebelik sağlığı ve bebek sağlığı izlemidir. 2011-2013 yıllarını kapsayan Bakım Hizmetleri ve Stratejisi Eylem Planında Türkiye’nin bakım stratejisi bakıma ihtiyacı olanlara bakım hizmeti verilmesi için evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kurumsal bakım hizmetlerinde eksikliklerin giderilmesi, bakım hizmetlerine yönelik eğitim programlarının yapılması, bakım ve rehabilite edici destek programlarının geliştirilmesi, bakım güvence sisteminin oluşturulması hedefleri yer almıştır. 2013 yılında Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporunda Türkiye’de sürdürülebilir mali kaynaklar sorunu, evde ve kurumsal bakım hizmetlerinin yetersizliği, nüfusun tamamını kapsayan bakım güvence sisteminin bulunmaması nedeniyle bakım güvence sisteminin kurgulanması gerekliliği vurgulanmıştır. Görüldüğü üzere tarihsel süreçte bakım politikalarında birtakım değişikliklere gidilmiştir. Bu durumda önleyici hizmetlerin öneminin anlaşılmasının ve değişen toplumsal yapı ile ortaya çıkan yeni ihtiyaçların ve artan bakım maliyetlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de örgütlenmiş formel bakım hizmetleri kamu kurumları, özel kurumlar ve sivil toplum örgütleri tarafından sunulmaktadır. Bakım hizmetleri kamuda Sağlık Bakanlığı (SB), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) ve yerel yönetimler çatısı altında sunulmaktadır. Bunun yanında özel kurumlar ve sivil toplum örgütleri de bakım hizmetlerinin sunumunda rol almaktadır. Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler UDB çerçevesinde değerlendirilebilir. Bu hizmetler doğrudan veya dolaylı olarak UDB ile ilişki içerisinde. Tablo 4’te UDB hizmetlerinin verildiği kurum ve kuruluşlar yer almaktadır. ASHB, UDB hizmetlerin sunumunda birincil sorumlu olup kurumsal bakıma öncelik vermektedir. SB ile yerel yönetimler ise UDB’de destekleyici rol almaktadır. SB tarafından evde sağlık hizmetleri verilirken yerel yönetimler tarafından daha çok temizlik, bakım, onarım, sosyal aktivitelere katılım gibi hizmetler vermektedir. Yerel yönetimler aktif yaşam merkezleri ve gündüzlü bakım merkezleri hizmetleri de vermektedir. Sınırlı sayıda yerel yönetimde kurumsal bakım ve evde sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Türkiye’de bakım hizmeti sağlanacak bireylerin belirlenmesinde gelir testi⁶, sağlık raporu⁷, sosyal inceleme raporu, kurumsal bakımdan yararlanmak için gerekli kriterler⁸ gibi resmi prosedürler söz konusudur. Türkiye’deki mevcut duruma bakıldığında UDB hizmetlerinin yapılandırılmasına yönelik birtakım hizmetlerin sunulduğu görülmektedir. Kamu kurumları, özel kurumlar, sivil toplum örgütleri ve ailenin yer aldığı UDB sistemlerinde önemli aşama kaydedilse de UDB hizmetleri istenilen düzeyde değildir. Sosyal hizmet uzmanları bakım sürecinde multidisipliner ekip içerisinde yer alan meslek elemanlarından biridir. Sosyal hizmetin bilgi temeli bakım hizmeti alan müracaatçıların psikososyal iyilik haline katkıda bulunma bakımından bilgi gövdesi oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının koordinasyon, vaka yönetimi gibi sahip olduğu beceriler bakım sürecinin yönetiminde gerekli becerilerdir. Bakım hizmetlerinin bireyin itibarını ve onurunu koruyacak şekilde sunulmasında sosyal hizmetin kişiye saygı, biriciklik gibi ilkeleri içeren insan haklarını ve sosyal adaleti temel alan değer temelinden hareket edilmelidir.

4. Bakım Yöneticisi Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı

Bakım yönetimi bakım ihtiyacının karşılanmasında kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını ifade etmektedir. Bakım yönetimi sürecinin adımları özetle bakıma ihtiyacı olan kişilerin belirlenmesi, ihtiyaçların analiz edilmesi, bu ihtiyaçlara cevap vermek için bir eylem planının hazırlanması, plana katılımının sağlanması için bireylerle iletişimin sürdürülmesi ve ihtiyaç duyulan değişikliklere uygun şekilde yanıt verilmesidir (Su ve Yeh, 2008, s. 240). Willenbring (2012, s. 247)’e göre; bakım yönetiminin amaçları bakım sürecine katılım, bakımın sürekliliği (vaka yönetimi), krize müdahale, geçici veya kısmi olsa dahi hizmet alanın durumunda iyileşme, tıbbi psikiyatrik ve sosyal yönlerde iyileşme, yaşam kalitesinde iyileşme, bakım ihtiyacının artmasının önlenmesi, ileri düzey hizmetlere duyulan ihtiyacın azaltılması ve kaydedilen ilerlemenin korunmasıdır. Thompson (2013, s. 104), bakım yönetiminde toplum temelli bakımın altını çizmiştir. Bakım yönetimini, kurum bakımına olan ihtiyacın önlenmesi ve kurum bakımından yararlanmak yerine toplum içerisinde bu ihtiyaçların karşılanmasını sağlayacak bir bakım hizmeti paketi sunulması olarak ifade etmiştir.

Bakım yönetiminde ekip çalışması gereklidir. Sosyal hizmet uzmanları bu ekip içerisinde yer alan profesyonellerden biridir. Sosyal hizmet uzmanları meslek elemanı olarak bakım ekibinin bir parçası olabileceği gibi bakım yöneticisi rolünü de üstlenebilir. Örneğin; Kuzey Amerika’da bakım yönetiminin bir sosyal hizmet uygulaması olup olmadığı, bakım yöneticisinin müracaatçılarla doğrudan çalışma yapıp

⁶Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından sağlanan yaşlı aylığı kapsamında müracaatçılara yardım başvurusu sırasında gelir testi uygulanması gibi.

⁷Örneğin; Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlanan engelli bakım yardımı için Sağlık Bakanlığınca belirlenen yetkili hastanelerden alınacak engelli sağlık kurulu raporunda engel oranı en az %50 ve “ağır engelli” İbaresi "evet" olarak işaretlenmiş olması gerekmektedir

⁸Huzurevi bakımından yararlanmak için belirlenmiş kriterler gibi.

yapmadığı veya yalnızca idari görevleri yerine getiren biri mi olduğu tartışmaları söz konusudur (O'Connor, 1988; Lamb, 1980). Bakım sürecinin izlenmesi, sürecin verimliliğinin gözden geçirilmesi, gerektiğinde müdahale edilmesi için bakım veren, hekim, mali uzman gibi farklı meslek elemanlarının bakım sürecine dâhil edilmesi ve koordinasyonu bakımından birtakım beceriler gerekmektedir (Thompson, 2013, s. 137).

Bakım yönetimi içerisinde sosyal hizmetin rolünde 1990'lı yıllar dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Bu dönemdeki en önemli gelişmelerden biri İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmeti ve Toplumsal Bakım Yasası⁹ (USHTBY)'nin yürürlüğe girmesidir. Bu yasa ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasını sağlamak, sağlık harcamalarının finansmanı hakkında planlama yapmak, sosyal hizmetlerin sunumuna ilişkin ilave hükümler hazırlamak gibi hedeflere sahiptir (National Health Service and Community Care Act, 1990). Örneğin; yasa ile birlikte sosyal hizmet uygulamasının temelinde yer alan vaka yönetimi¹⁰ bakım yönetimi ile birlikte farklı bir formda kullanılmaya başlanmıştır. Sosyal hizmetin rolü hizmet alanların ihtiyaçlarını karşılamaktan hizmet alanların ihtiyaçlarını karşılamak için profesyonelleri bir araya getirmek haline gelmiştir.

Dünyadaki ekonomik ve siyasi gelişmeler doğrultusunda bakım yönetiminde meydana gelen değişimlerle birlikte sosyal hizmet uzmanları için geleneksel becerilerin yanında yeni beceriler de gerekli olmuştur. Bakım yönetiminde sosyal hizmeti diğer disiplinlerden ayıran ve eşsiz kılan geleneksel beceriler iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler, müzakere, arabuluculuk, kurumları ve prosedürleri anlamak, detaylı kayıt tutmak ve rapor hazırlamaktır. Yönetim sürecindeki diğer profesyoneller/hizmet sağlayıcılarla iletişim kurmak için yazılı ve sözlü iletişim becerileri gereklidir. Müracaatçıların ihtiyaç, istek ve beklentilerini anlamak için ise etkili dinleme becerileri önemli rol oynamaktadır (Dustin, 2006, s. 296-299). Bakım yönetiminde sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken beceriler içerisinde koordinasyon becerileri ön plandadır. Etkili bir yönetici olmak en temelde iyi organize olmayı gerektirmektedir (Thompson 2013, s. 137). Fisher (1990, s. 239-241), bakım yönetimi sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken becerileri aşağıdaki gibi açıklamıştır.

- *Destek ağı oluşturmak*: Bakım sürecinde destek ağı vaka yönetimi için gereklidir. Destek ağı oluşturma hem sosyal hizmet uzmanlarının hem de yöneticilerin sorumluluğundadır.
- *Hizmetlerin tanıtımı*: Bakım sürecinde farklı hizmetlerin neyi gerektirdiğine dair topluma bilgi verilmelidir. Müracaatçılar kendi kaderini tayin hakları doğrultusunda bilinçli seçim yapma potansiyelini geliştirmek için bilgilendirmelidir.
- *Yasal çerçeve*: Bakım sürecinde müracaatçıları korumak adına yasal mevzuata hakim olunmalıdır.
- *Katılım*: Bakım sürecinde müracaatçıların içinde bulunduğu durum hakkında karar alma süreçlerine katılımını kolaylaştıran uygulamalar hayata geçirilmelidir. Örneğin, dil sorunu olan müracaatçılar için tercüman desteği sağlanmalıdır.

⁹National Health Service and Community Care Act

¹⁰Vaka yönetimi 1990'ların başından bu yana kamuda sosyal hizmetleri organize etmek ve sunmak amacıyla ortaya çıkmıştır. Vaka yönetimi belirli bir grup insan için bir grup hizmetin koordinasyonudur. Vaka tarama, kapsamlı değerlendirme, bakım planlaması, uygulama, izleme ve yeniden değerlendirme gibi aşamaları içermektedir. Amerika Vaka Yönetimi Topluluğu (CMSA) vaka yönetimini bireyin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, iletişim ve mevcut kaynakları teşvik etmek için gereken seçenekleri ve hizmetleri değerlendiren, planlayan, uygulayan, koordine eden ve izleyen ortak bir süreç olarak tanımlamıştır (Huxley, 1993, s. 376). Bireyin sağlık bakımı ihtiyacını karşılamak için birçok sistem bir araya gelmektedir. Vaka yönetimi çeşitli ortamlarda birçok profesyonel disiplin tarafından uygulanmaktadır. Hizmet alanların yararı adına profesyonellerin uzmanlığını gerçekleştirebilmesi için vaka yöneticilerinin iş birliği yapması önemlidir. Bakım yönetiminin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanı bakımın sürekliliği açısından önemli bir psikososyal kaynaktır (Meeks, 2001, s. 444).

- *Risk almak:* Bakım sürecinde risk alma ile ifade edilmek istenen yaratıcı risk almaktır. Yaratıcı risk alma müracaatçının seçimine saygı duyanın bir parçasıdır. Bakım yönetiminde müracaatçıların durumu ile ilgili yaşanan ikilemlerde yasal yetkinin bulunmadığı durumlarda müdahale edilmemelidir. Riskli uygulamalarda bir konuda müdahale edilip edilmeyeceğine karar verilmesi için yasal çerçeve maddesinde de vurgulandığı gibi yasal prosedürlere hakim olunmalıdır.
- *Hizmetlerin koordinasyonu:* Bakım yönetimi, çeşitli hizmet kollarının daha fazla entegrasyonunu gerektirse de uygulamada engeller söz konusu olabilmektedir. Yapısal engeller, gelenekler ve yönetim yapıları farklı hizmetlere yönlendirme yapılmasını engelleyebilir. Bakım yönetimi kurumlar ve hizmetler arasında koordinasyonu kolaylaştıran düzenlemeleri ve uygulamaları içermelidir.
- *Multidisipliner çalışma:* Bakım ihtiyacı içerisinde olan müracaatçıların sosyal hizmet uzmanı dışındaki profesyonellerin desteğine de ihtiyacı olmaktadır. Bu nedenle, müracaatçıların ihtiyaçlarına yönelik multidisipliner çalışma yapılması gerekliliğinden hareketle yöneticilerin kurumlar arasında koordinasyonu kolaylaştıran bir çerçeve oluşturmaları gerekmektedir.

Dustin (2006, s. 299), İngiltere’de sosyal hizmet uzmanlarının bakım yöneticisi rolü ile ihtiyaç duyduğu yeni beceriler ve mevcut becerilerdeki değişimleri aşağıdaki gibi sınıflandırmıştır.

- *Risk değerlendirme:* Sosyal hizmet uzmanları mesleki uygulamalarında rutin olarak değerlendirme¹¹ yapmaktadırlar. Bakım yönetiminde risk değerlendirilmesi, hizmet sunumunun ve dolayısıyla sosyal harcamalarının merkezindedir. USHTBY sonrası yeni bakım yönetiminde değerlendirme yöntemi olarak rutin formlar kullanılmaya başlanmıştır. Bu formlar ile bakım yönetiminde yer alan sosyal hizmet uzmanları dışındaki profesyoneller tarafından da müracaatçıların ihtiyaçlarının belirlenmesi için aynı soruların sorulması sağlanmıştır. Standardize edilmiş formlar, rutin değerlendirmelere sahip olduğundan masa başı rutin uygulamanın bir örneği haline gelmiştir (Carey, 2003).
- *Yasal savunuculuk becerisi:* Sosyal hizmet uzmanları için diğer bir beceri müracaatçıların hizmetlere erişiminin sağlanması için özel bir sistem içerisinde savunuculuktur. İngiltere’de müracaatçılara yönelik kurumsal bakım ve toplum temelli bakım hizmetleri kaynak sınırlılığı nedeniyle yalnızca en savunmasız gruplara yöneliktir. Sınırlı kaynaklar nedeniyle aynı hizmetleri almak için sırada bekleyen çok sayıda müracaatçı olduğundan müracaatçıların hizmetler için gerekli kriterleri sağladığının kanıtlanması gerekmektedir.
- *Prosedürlere vakıf olma:* Sosyal hizmet uzmanları mevcut hizmet modelleri ve müracaatçıların hangi koşullarda bu hizmetleri alabilecekleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu bilgileri müracaatçılar için doğru zamanda kullanabilmelidirler.
- *Bilgi teknolojilerinin kullanımı:* Bakım yönetiminde teknoloji kullanımı artmaktadır. Günümüzde yönetim sistemleri bilgi teknolojileriyle tasarlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının da bilgi teknolojilerine hâkim olması gerekmektedir. Verilerin kaydedilmesi ve saklanması teknolojiden yararlanılmalıdır. Ancak bu durumda sosyal hizmet uzmanları personel sınırlılığı nedeniyle mesleki uygulamalarının yanı sıra veri girişi yapmak durumunda da kalmaktadırlar. Bazı sosyal hizmet uzmanları “veri giriş görevlileri” haline gelmeleri nedeniyle profesyonellikten uzaklaşmıştır. Bakım yönetiminde teknoloji kullanımı bir yandan verimliliği artırırken diğer yandan insani etkileşimi ortadan kaldırmakta ve sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel becerilerini engellemektedir.
- *Bakım ekibinde işbirliği sağlamak:* Bakım sürecindeki yeni gelişmelerle ileri düzey koordinasyon becerileri gerekli olmuştur. Uygun maliyetli bir bakım paketi oluşturmak, bakımın çeşitli yönlerini koordine etmek ve bakım paketlerini gözden geçirmek sosyal hizmet uzmanlarının bakım yöneticisi olarak rollerinin merkezinde bulunmaktadır. Bakım yönetimindeki bu gereksinimler mevcut sosyal hizmet eğitiminin yönetim ve toplumla çalışma konusunda yeterli olup olmadığı tartışmasını gündeme getirmiştir.

¹¹Psikodinamik yaklaşım, davranışçı yaklaşım veya görev odaklı yaklaşım gibi sosyal hizmetin bilgi temelli çerçevesindeki enformel değerlendirmelerdir.

- *Muhasebe ve bütçe becerileri:* Sosyal hizmet uzmanları bakım yönetimi öncesinde hizmet sunumunun finansal yönlerine dâhil değil iken bakım yönetimi ile birlikte maliyet kontrolünde de yer almışlardır. Bu nedenle bütçe yönetimi becerileri gerekli olmuştur. Bu gelişmelerde bakım hizmetlerinin bir maliyetlendirme veya metalaştırma sürecinden geçmesi de etkili olmuştur.
- *Vaka yönetimi ve bakım yönetimi arasındaki uyumsuzlukları yönetme becerisi:* Sosyal hizmet uzmanları mesleki rolleri ile bakım yönetimindeki rolleri arasındaki çatışmaları yönetme becerisine ihtiyaç duymuşlardır. Örneğin; fiziksel engelli yetişkin bireylere hizmet veren ekibinin yöneticisi sınırlı kaynaklarla bakım paketlerini bir araya getirmek için yaratıcı olmalıdır. Profesyonel bir rol, mesleki takdiri ve mesleki karar verme kapasitesini gerektirmektedir. Yönetilen bir rol ise aksine, yöneticiler tarafından belirlenen hedefleri karşılamayı gerektirir. Prosedürel ve yönetselleştirilmiş hizmet sistemleri yaratıcılığın minimize edilmesine neden olmuştur. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları müracaatçılar ve enformel bakım verenler ile sınırlı vakit geçirdiğinden savunuculuk, danışmanlık gibi mesleki rolleri nadiren yerine getirebilmişlerdir.

5. Sonuç Yerine

Türkiye’de mevcut bakım sistemleri bakım ihtiyacının karşılanmasında yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle mevcut bakım sistemlerinde iyileştirmeler yapılması, bakım hizmetlerinin sunumunda çeşitliliğe fırsat verecek yeni modellerin geliştirilmesi, bakım verenlerin ihtiyaçlarının karşılanması, hizmet alanların haklarının korunması, sosyal hizmet uzmanlarının bakım sürecindeki becerilerinin desteklenmesi ve mesleki rollerinin göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Türkiye’de bakım ihtiyacının formal bakım hizmetlerinin içerisindeki görünümü kurum bakımı şeklinde olmaktadır. Bu nedenle, formal bakım sistemleri içerisinde kurumsal bakıma alternatif olarak etkin maliyetler ve bakım ihtiyacı olan kişilerce daha fazla tercih edilmesi doğrultusunda bireyin iyilik halini önceleyen bir anlayışla Dünya’da gittikçe daha popüler olan toplum temelli bakım modelleri geliştirilmelidir.

Bakım gereksinimi Türkiye’de genellikle ataerkil cinsiyet rejimi nedeniyle hane içerisinde ücretsiz kadın emeği ile karşılanmaktadır. Bunun yanında, engelli bakım ücreti hizmeti kapsamında devlet destekli sosyal yardım bakım ihtiyacını karşılamada ön plana çıkan bir uygulamadır. Ancak, engelli bakım ücreti kapsamında bakım veren kişi yine hanedeki kadın (eş, kız çocuğu gibi) olmaktadır. Bununla birlikte, toplumsal cinsiyet rolleri kadınlara hane içerisinde bakım dışında roller de yüklemiş olduğundan yoğun emek gerektiren bu süreçte bakım verenler kişisel ve bakım yorgunluğu nedeniyle ortaya çıkan ihtiyaçlarını karşılanmakta güçlük yaşamaktadırlar. Dolayısıyla bakım verenlerin de ihtiyaçlarına cevap verebilecek hizmet modellerinin geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Bakım sürecinde bakıma ihtiyacı olanların mümkün olduğunca sürece katılımının ve memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Dolayısıyla, hizmet alanların politika oluşturma sürecinde görüşlerinin alınması ve ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bakım modelleri Türkiye’de ağırlıklı olarak ilgili kamusal otoritelerce geliştirilmektedir. Hizmet alanların karar alma süreçlerine entegrasyonu için hizmet alanların da yer alabileceği mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu noktada, hizmet alanların önerilerinin ve ihtiyaçlarının ortaya çıkarıldığı özellikle sosyal hizmet araştırması olmak üzere sosyal bilim araştırmalarının niceliği ve niteliği artırılmalıdır. Karar alma süreçlerinde bilimsel kanıtlardan yararlanılması gerekmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları gerek psiko-sosyal destek profesyoneli gerekse yönetici olarak bakım sürecinin parçasıdır. Müracaatçıların özerkliğinin sağlanması ve saygınlığının korunmasında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları bakım ile ilgili hizmet sunumunda, mevcut hizmetlerin yeniden yapılandırılmasında ve yeni hizmet sunumu biçimlerinin hayata

geçirilmesinde savunuculuk başta olmak üzere mesleki rolleri gereği müracaatçıların yararına olacak şekilde yer almalıdırlar.

Neoliberal politikalarla birlikte bakım yönetimi sisteminde meydana gelen değişimlerle sosyal hizmet uzmanları için mevcut becerilerin yanında yeni yönetim becerileri gerekli olmuştur. Sosyal hizmet lisans ve lisansüstü eğitiminin sosyal hizmet uzmanlarının liderlik ve yönetim becerilerini daha fazla geliştirmesine olanak sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Sosyal hizmet yönetimi ile ilgili uzmanlaşmış, yetkinliğe sahip yüksek lisans programları açılabilir.

Bakım sürecindeki yönetici rolleri ile birlikte dokümantasyon işleri gibi prosedürel süreçler sosyal hizmet uzmanlarının iş yükünün artmasına ve diğer mesleki rollerinden uzaklaşmasına neden olmuştur. Hizmet alanların iyilik hali, bakım hizmetlerinde kalitenin artması ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki tatmini açısından bakım sistemi sosyal hizmet uzmanlarının bakım sürecinde uzmanlıklarını daha fazla yansıtabilmesini sağlayacak biçimde olmalıdır. Bu doğrultuda, personel (meslek elemanı, ara eleman) kapasitesinin artırılması gerekmektedir.

Fon

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde herhangi bir fondan faydalanılmamıştır.

Not

1. Makalede kullanılan "APA" kavramı Amerika Psikoloji Birliği'ni temsil etmektedir.
2. Bu çalışma derleme türünde hazırlanmış olup etik kurul izni için başvuru yapılmamıştır.

Kaynakça

- Ağören, V. (2016). Bakım sigortası ve Türkiye için model önerisi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 6(12), 1-26.
- Ayhan, B. (2014). Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri. *Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*. Ankara.
- Badgett, L. & Folbre, N. (1999). Assigning care: Gender norms and economic outcomes. *International*, 38(3), 311-326.
- Bal, T. (2016). OECD ülke uygulamaları doğrultusunda uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye için öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 159-196.
- Beesley, L. (2006). *Informal Care in England*. (Background Paper). London: King'sFund.
- Bentur, N. (2001). Hospital at home: What is its place in the health system? *Health Policy*, 55, 71-79.
- Bettio, F. & Verashchagina, A. (2010). *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. Luxemburg: European Union.
- Carey, M. (2003). Anatomy of a care manager. *Work, Employment and Society*, 16(1), 121-135.
- Chawla, M., Betcherman, G., Banerji, A., Bakilana, A. M., Feher, C., Mertaugh, M. & diğerleri. (2007). *From Red To Gray: The "Third Transition" of Aging Populations in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, D.C.:The World Bank.

- Dickinson, H., Allen, K., Alcock, P., Macmillan, R. & Glasby, J. (2012). *The Role of the Third Sector in Delivering Social Care*. London: School for Social Care Research.
- Dölek, B. Ö. (2012). Evde ve kurumda uzun dönemli bakım. *Klinik Gelişim*, 25, 95-99.
- Dustin, D. (2006). Skills and knowledge needed to practise as a care manager: Continuity and Change. *Journal of Social Work*, 6(3), 293-313.
- Fisher, M. (1990). Care management and social work: Clients with dementia. 4(4), 229-241.
- Gibson, M. J., Gregory, S. R. ve Pandya, S. M. (2003). *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
- Gökbayrak, Ş. (2009). Refah devletinin dönüşümü ve bakım hizmetlerinin görünmez emekçileri göçmen kadınlar. *Çalışma ve Toplum*, 2, 55-82.
- Guo, K. L. & Castillo, R. J. (2011). The U.S. long term care system: Development and expansion of naturally occurring retirement communities as an innovative model for aging in place. *Ageing Int*(37), 210-227.
- Huxley, P. (1993). Case management and care management in community care. *The British Journal of Social Work*, 23(4), 365-381.
- Karahan, A. & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.
- Küntay, E. (2016). Aile Desteğinden Devlet Desteğine Geçiş: Yatılı Bakım Kurumlarında Yaşlılar. P. Akkuş, & Ö. B. Aktürün içinde, *Sosyal Hizmet ve Öteki: Disiplinlerarası Yaklaşım* (s. 232-245). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Lamb, H. R. (1980). Therapist case managers: more than brokers of services. *Psychiatric Services*, 31(11), 762-764.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4(3), 1-15.
- Lipszyc, B., Sail, E. & Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27* (European Commission Economic Papers 469). Brussels: European Union.
- Lucas, J. A., Rosato, N. S., Lee, J. A. & Howell-White, S. (2002). *Adult Day Health Services: A Review of the Literature*. New Jersey: Rutgers Center for State Health Policy.
- Meeks, J. B. (2001). A social work case management experience in a managed care setting: The need for effective communication. *Home Health Care Management & Practice*, 13(6), 444-451
- Merlis, M. (2004). *Long-Term Care Financing: Models and Issues*. Washington, DC: National Academy of Social Insurance.
- Muiser, J. ve Carrin, G. (2007). *Financing long-term care programmes in health systems*. (Discussion paper No. 6). Geneva: World Health Organization.

- National Health Service and Community Care Act (1990). 11. 05. 2020 tarihinde: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/introduction> adresinden alındı.
- O'Connor, G. G. (1988). Case management: System and practice . *Social Casework*, 69(2), 97-106.
- OECD (2005). *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing.
- Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 100-108.
- Oğlak, S. (2011). Türkiye’de yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerine yönelik yaşadığı ortamda sunulacak bakım modelleri. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13(4), 115-130.
- Oğlak, S. (2016). Evde bakımın ihmal edilen boyutu: Sosyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3), 7-32.
- Özer, Ö. & Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 96-103.
- Özgöbek, H. R. (2019). Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Sunumunda Kalite Algısı: Alzheimer Hastalığı Özelinde Nitel Bir Çalışma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*. Ankara.
- Sayan, A. (2004). Günümüzde evde bakım. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 91-96.
- Seyyar, A. (2004). *Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Bakım*. Ankara: Başbakanlık.
- Su, C.-H. & Yeh, N.-C. (2008). Exploring project management as a practical solution to long-term care service. *Social Work in Health Care*, 47(3), 232-257.
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak*. (Kolektif, Çev.) Ankara: Dipnot Yayınları.
- Tomanbay, İ. (2019). *Yaşlı Dostu Kent İçin Çağdaş ve Hızlı Bir Uygulama: Teledestek*. 07. 05. 2020 tarihinde <https://www.ilhantomanbay.com/2019/02/01/yasli-dostu-kent-icin-cagdas-ve-hizli-bir-uygulama-teledestek/> adresinden alındı.
- Triantafillou, J., Nalditch, M., Repkova, K., Stlehr, K., Carretero, S. Emilsson, T. & diğerleri. (2010). *Informal care in the long-term care system* (European Overview Paper). Vienna: Interlinks.
- Tufan, İ. (2006). *Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü*. Gero Yayınları.
- TÜİK. (2021). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları: 2021*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı.
- Yıldırım, H. H. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Vural, G. C. ve Özgöbek, H. R. (2017). Sectoral Development of ICT for Care. (s. 369-374). İstanbul: 2nd World Conference on Technology, Innovation and Entrepreneurship.

Willenbring, M. L. (2012). Psychiatric care management for chronic addictive disorders: Conceptual framework. *American Journal on Addictions*, 10(3), 242-248.

Wittenberg, R., Pickard, L., Comas-Herrera, A., Davies, B. & Darton, R. (1998). *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*. London: London School of Economics.

Wunderlich, G.S. & Kohler, P.O. (Eds.). (2001). *Improving the quality of Life*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.

Yazar Biyografisi

Meryem Gül, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim dalında doktora eğitimine devam etmektedir. Uşak Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı'nda sosyal hizmet uzmanı olarak görev yapmaktadır. Yoksulluk, yaşlılık, toplumla çalışma, göç gibi konularda çalışmalar yapmaktadır.