

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**FİZİKSEL ÇEVRENİN ALZHEİMER HASTALIĞINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ:
FARKLI TİPTEKİ ÖZEL ALZHEİMER BAKİMEVLERİ İÇİN İÇ MEKÂN
TASARIM KRİTERLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ŞAHİN

İç Mimari Tasarım Anabilim Dalı

İç Mimari Tasarım Uluslararası Yüksek Lisans Programı

HAZİRAN 2019

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**FİZİKSEL ÇEVRENİN ALZHEİMER HASTALIĞINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ:
FARKLI TİPTEKİ ÖZEL ALZHEİMER BAKİMEVLERİ İÇİN İÇ MEKÂN
TASARIM KRİTERLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Dilek ŞAHİN
418141003**

İç Mimari Tasarım Anabilim Dalı

İç Mimari Tasarım Uluslararası Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emine GÖRGÜL

HAZİRAN 2019

İTÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 418141003 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Dilek ŞAHİN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “FİZİKSEL ÇEVRENİN ALZHEİMER HASTALIĞINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ: FARKLI TİPTEKİ ÖZEL ALZHEİMER BAKİMEVLERİ İÇİN İÇ MEKÂN TASARIM KRİTERLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Doç. Dr. Emine GÖRGÜL**
İstanbul Teknik Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Doç. Dr. Banu GARİP**
İstanbul Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. İpek FİTÖZ
Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi

Teslim Tarihi : **03 Mayıs 2019**
Savunma Tarihi : **14 Haziran 2019**

Sevgili Aileme,

ÖNSÖZ

Öncelikle bu çalışmaya başladığım günden beri bana her daim yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, verdiği fikir ve yönlendirmeler için sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Emine GÖRGÜL'e en derin duygularla teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmamı destekleyen, değerli görüş ve önerileriyle beni yönlendiren Türkiye Alzheimer Derneği Genel Müdürü Füsun Kocaman'a ve Türkiye Alzheimer Derneği'ne, araştırma süresi boyunca katkılarından dolayı Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi ve Prof. Dr. Demet Özbabalık'a, Türkiye Alzheimer Derneği Konya Şubesi ve Prof. Dr. Figen Güney'e ile Ayşe Ülker'e, Türkiye Alzheimer Derneği Mersin Şubesi ve Prof. Dr. Aynur Özge'ye, hizmet veren bakım evlerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul ederek bize vakit ayıran bütün bakım elemanlarına teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, bu çalışmayı 41108 proje koduyla destekleyen İstanbul Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimine çok teşekkür ederim.

Ve son olarak bulunduğumuz bu zorlu süreçte birbirimize destek olduğumuz sevgili arkadaşlarım Gizem Akdemir ve Özgün Ayhan ile her daim yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini hiç esirgemeyen sevgili annem, babam ve canım kardeşime sonsuz sevgi ve teşekkürler.

Mayıs 2019

Dilek ŞAHİN
İç mimar

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
ÖZET.....	xvii
SUMMARY	xix
1. GİRİŞ	1
2. DEMANS HASTALIĞINA AİT TANILAR VE ALZHEİMER HASTALIĞI.....	5
2.1 Demansın Tanımı	6
2.2 Demansın Çeşitleri ve Sınıflandırılması	7
2.3 Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Hastalığın Evreleri.....	8
2.3.1 Hafif şiddetli alzheimer hastalığı evresi.....	10
2.3.2 Orta şiddetli alzheimer hastalığı evresi	10
2.3.3 Ağır şiddetli alzheimer hastalığı evresi.....	11
2.4 Alzheimer Hastalarındaki Değişiklikler	11
2.5 Alzheimer Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Fiziki Çevrenin Önemi ..	13
3. ALZHEİMER HASTALIĞI BAKIM MODELLERİ VE MEKÂNSAL GEREKSİNİMLERİ.....	15
3.1 Alzheimer Hastalarının Bakım Modelleri	16
3.1.1 Evde bakım	16
3.1.2 Kurumsal bakım	16
3.1.2.1 Yatılı bakım merkezi.....	18
3.1.2.2 Kısa süreli bakım merkezi.....	21
3.1.2.3 Gündüz bakım merkezi	22
4. ALZHEİMER HASTALARI İÇİN UZUN SÜRELİ BAKIM EVİNE İLİŞKİN TASARIM KRİTERLERİNİN TARTIŞILMASI VE ÜLKEMİZE İLİŞKİN YENİ YAKLAŞIM MODELLERİ	27
4.1 Türkiye’deki Alzheimer Tedavi Politikası ve Tedavi Merkezlerinin Gelişimi ..	27
4.2 Alzheimer Hastalarının Yaşadığı Uzun Süreli Bakım Merkezleri İçin Yenilikçi Tasarım Yaklaşımları	31
4.2.1 Hollanda’da demans bakım planı.....	33
4.2.2 Birleşik Krallık’ta demans bakım planı	40
4.3 Çalışma Modelinin Aktarılması ve Alan Çalışmalarının Tanımı.....	42
4.3.1 Alan çalışması 1: Eskişehir alzheimer konuk evi	48
4.3.2 Alan çalışması 2: Konya alzheimer gündüz yaşam merkezi.....	53
4.3.3 Alan çalışması 3: Mersin yaşlı yaşam merkezi	59
4.4 Araştırma Sonuçları ve Tasarım Kriterlerinin Oluşturulması	64
4.5 Bölüm Sonucu	97
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101

KAYNAKLAR.....	105
EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	169

KISALTMALAR

ATD	: Alzheimer Tipi Demans
LCD	: Levy Cisimlikli Demans
VaD	: Vasküler Tipi Demans
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
EAM	: Eskişehir Alzheimer Merkezi
KAM	: Konya Alzheimer Merkezi
MAM	: Mersin Alzheimer Merkezi

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1 : Demansta üç temel ve üç ikincil alanın sorgulanması.	12
Çizelge 3.1 : Alzheimer Derneği İstanbul Şubesi Gündüz Bakımevi - Günlük program (Türkiye Alzheimer Derneği – Url 6).....	25
Çizelge 4.1 : Ülkelerin yıllara göre yayınlamış oldukları demans raporları	42
Çizelge 4.2 : Alzheimer merkezleri örneklem demografik bilgileri	46
Çizelge 4.3 : Sağlık personeli demografik tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	47
Çizelge 4.4 : Özet tema listesi	64
Çizelge 4.5 : Tema- Frekans tablosu dağılımı	71

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 : Yıllara ve yaş gruplarına göre nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018.....	5
Şekil 2.2 : Alzheimer hastalarının cinsiyete göre dağılımı (Özbabalık ve Hussein, 2017).....	9
Şekil 4.1 : Avrupa’da 60 yaş ve üzeri popülasyonda demans prevalansı, 2012 (Özbabalık ve Hussein, 2017)	32
Şekil 4.2 : Dünya Alzheimer Raporu 2015 – Dünya genelinde demans hastası istatistiki veriler	32
Şekil 4.3 : Hollanda, Hogeweyk Köyü, Maket Üst Görünüş (Url-8)	35
Şekil 4.4 : Hogeweyk Köyü, Hollanda (Url-8).....	35
Şekil 4.5 : Hogeweyk köyü kamusal alanı, Yeşil alan (Url-8).....	36
Şekil 4.6 : Hogeweyk köyü kamusal alanı, Vijver Park (Url-8)	36
Şekil 4.7 : Hogeweyk Köyü, Kafe (Url-8).....	37
Şekil 4.8 : Hogeweyk Köyü, Süpermarket (Url-8).....	37
Şekil 4.9 : Hogeweyk Köyü, Zanaatkar yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).....	38
Şekil 4.10 : Hogeweyk Köyü, Endonezya yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).....	39
Şekil 4.11 : Hogeweyk Köyü, Kentsel yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).....	39
Şekil 4.12 : İskoçya’da bulunan alzheimer bakımevlerinden iç mekân tasarımına ait bazı görsellerden oluşturulmuş kolaj.....	41
Şekil 4.13 : Araştırma yöntemi diyagramı.....	43
Şekil 4.14 : Türkiye alzheimer derneği faaliyet gösterdiği şehirler (Url-6).	44
Şekil 4.15 : Eskişehir alzheimer konuk evi binası ek-1 (Şahin, 2018).	48
Şekil 4.16 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat planı (Arşiv).	49
Şekil 4.17 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Birinci kat planı (Arşiv).	50
Şekil 4.18 : Eskişehir alzheimer konuk evi arka bahçesi (Şahin, 2018).	50
Şekil 4.19 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat oturma salonu (Arşiv).	51
Şekil 4.20 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat yemek salonu (Arşiv).	51
Şekil 4.21 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Merdiven holü (Şahin, 2018).	52
Şekil 4.22 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Üst kat merdiven girişi (Şahin, 2018).....	52
Şekil 4.23 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Vaziyet planı (Url-12).	53
Şekil 4.24 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Zemin kat planı (Url-12)..	54
Şekil 4.25 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Ünite planı (Url-12).	55
Şekil 4.26 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Birinci kat planı (Url-12).	55
Şekil 4.27 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Koridor (Şahin, 2018).	56
Şekil 4.28 : Yoğun olarak kullanılan mekân salon ve dinlenme odası (Şahin, 2018).....	57
Şekil 4.29 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Evi, Ünite giriş kapısı (Şahin, 2018).....	57
Şekil 4.30 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Arka bahçe (Şahin, 2018).	58

Şekil 4.31 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Giriş kat planı (Şahin, 2018).	59
Şekil 4.32 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Giriş holü, karşılama ve bekleme alanı (Şahin, 2018).	60
Şekil 4.33 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Hasta katı hemşire bankosu ve arkasındaki hemşire dinlenme odası (Şahin, 2018).	60
Şekil 4.34 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Hasta katı koridoru (Şahin, 2018).	61
Şekil 4.35 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Behiye Aksoy sergi köşesi (Şahin, 2018)	61
Şekil 4.36 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Bahçe (Şahin, 2018).	62
Şekil 4.37 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Etkinlik odası (Şahin, 2018).	63

FİZİKSEL ÇEVRENİN ALZHEİMER HASTALIĞINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ: FARKLI TİPTEKİ ÖZEL ALZHEİMER BAKİMEVLERİ İÇİN İÇ MEKÂN TASARIM KRİTERLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

ÖZET

Günümüzde birçok alanda olduğu gibi, teknoloji ve sağlık alanında kaydedilen ilerlemeler neticesinde ortalama insan ömrünün önceki dönemlere göre uzadığı gözlenmektedir. Dünya nüfus araştırmasına baktığımızda; 60 yaş ve üzeri nüfus 2017 yılında 962 milyon olarak rapor edilmiştir (World Population Prospects: The 2017 Revision). Yine, 2017 Dünya nüfus araştırması verilerine göre, bu sayının 2050 yılına kadar iki katından daha fazla artarak 2.1 milyar, 2100 yılında ise 3.1 milyara kadar ulaşması tahmin edilmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı nüfusun artmasıyla demans hastalığı ve özellikle demans hastalığının en sık görülen tanısı olan alzheimerla bağlı demans hastalığı önemli bir sorun hâline gelmiştir. Dünya Alzheimer Raporu'nda, 2015 yılında dünya genelinde 46.8 milyon kişinin demans yaşadığı tahmin edilmektedir. 2030 yılında ise, bu sayının ikiye katlanarak neredeyse 74.7 milyona ulaşacağı, 2050 yılında ise 131.5 milyona varacağı öngörülmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015).

Alzheimer hastalığı, tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunları da beraberinde getiren bir hastalıktır. Unutkanlık ile başlayan hastalık, hastanın kişilik değişikliği yaşamasıyla ilerlemekte, sözel ve motor becerilerini kaybetmesine sebep olmakta ve hastalık ilerledikçe hastayı günlük ihtiyaçlarını karşılayamaz ve bu sebeple de bakıma muhtaç hâle getirdiği bilinmektedir.

Günümüze kadar, birçok bilim insanının dâhil olduğu ve sayısı her gün artan çok sayıda araştırmada, fiziksel çevre ve sosyal bakım ortamının demans hastalarının yaşam kalitesini arttırabileceği veya olumsuz yönde etkileyebileceği konusunda görüş ve değerlendirmeler aktarılmıştır. Demanslı hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmak için yaşadıkları fiziksel çevrenin tasarımının terapötik etkileri olduğu kabul edilir. Bir başka ifadeyle, fiziksel çevre tasarımı, demans hastalığına sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırıcı ve işlevselliklerini teşvik edici bir ortam hazırlar ve bu anlamda biz tasarımcılar için oldukça önem arz eder.

Tüm bu gelişmelerin uzantısında, bu çalışma kapsamında temelde mevcut araştırmalardan yola çıkılarak, bilgi toplayıp fiziksel çevrenin alzheimer hastalarının bakımındaki yerinin ve öneminin gösterilmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede, hastaların günlük yaşam aktivitelerine yönelik ihtiyaçların analiz edilmesi ile elde edilen bulgular ışığında alzheimer hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik tasarlanacak mekânlara ait tasarım kriterlerinin önerilmesi amaçlanmıştır.

Öncelikle çalışma kapsamında, Türkiye’deki mevcut alzheimer hastaları bakım politikaları incelenmiş, akabinde bakım merkezlerine yönelik araştırma ve incelemeler yapılmıştır. Çalışma süresince kapsamlı literatür taraması yapıldıktan sonra elde edilen veriler doğrultusunda Türkiye Alzheimer Derneği’yle iletişime geçilip, derneğe bağlı Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Evi ve Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi araştırma alanları olarak belirlenmiştir. Seçilen bu birimlerde, mekân ve kullanıcılar açısından gözlemler yapılmış, sağlık personelleri ve hasta bakıcılarıyla görüşülerek, fiziksel çevre tasarımının hastaların davranış ve tutumları üzerindeki etkisini saptamaya yönelik; mekân örgütlenmesine, iç mekân konfor koşullarına ve mekân donatılarına ilişkin yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır.

Bu gözlem ve görüşmelerdeki niteliksel ve niceliksel incelemelerden elde edilen bilgilerin içerik analizi yapılmış, alan araştırması sürecine ilişkin görüşler ile gerekli bulgular elde edilmiştir. Bütün bu incelemeler ve ulaşılan bulgular eşliğinde, alzheimer hastaları için açılacak olan yeni bakım merkezlerine yönelik rehber olabilecek nitelikte mekânsal ve fiziksel tasarım kriterleri önerilmiştir.

THE ROLE AND IMPORTANT OF PHYSICAL ENVIRONMENTAL IN ALZHEIMER'S DISEASE: DESIGN CRITERIA PROPOSAL FOR DIFFERENT TYPES OF ALZHEIMERS' NURSING HOMES

SUMMARY

Today, the average human life span has been prolonged as a result of the progress in many areas such as technology and health sectors. When we look at the world population survey; 60 years and older population was reported as 962 million in 2017 (World Population Prospects: The 2017 Revision). Again, according to the data from 2017 World Population Research this number will increase more than double to 2.1 billion by 2050 and in the year 2100 it is estimated to rise up to 3.1 billion.

With the increasing elderly population both in developed and developing countries, the disease of dementia especially the most common diagnosis of alzheimer cases become the major problem. It is estimated that 46.8 million people around the world lived with dementia in 2015. It is also predicted that this number will be doubled to almost 74.7 million in 2030 and will reach 131.5 million in 2050 (Alzheimer's Disease International, 2015).

Alzheimer is a disease that emerges together with medical, social and psychological problems. Begining with forgetfulness, progresses with the patient's personality changes, while leading the patient to lost its verbal and motor skills. As the disease progresses, the patients unfortunately can not perform their daily needs and therefore oblige care at the end.

Large numbers of researches have been carried out until today. Although the number is increasing everyday, scientists and assesments were proved that physical environment and social care environments could improve the quality of life for the patients with dementia, and may reduce the negative affects of the disease. Therapeutic effects of the design of physical environment in which they live in are accepted in order to increase the quality of life and performance of dementia patients. In other words, design of physical environment paves the way for enhancing the quality of life and encouraging the functionality of people with dementia. In this respet, the design of physical environments of the patients with dementia is also a very important tast for designers.

In this thesis, it is aimed to draw a guide line for designing the physical environments of the patinets with dementia. This, gathering information on the basis of an existing research to reflect the importance of the physical environment, in the care of alzheimer's patients; to analyze their daily needs; to suggest design criteria related enhancing the life quality of alzheimer's patients in the light of find outs from the analysis are all the essential aim of this thesis study.

The scope of the study is initially to assess and enhance the present care policy in Turkey for the patients with Alzheimer's disease while observing and examing the care centers for people with alzheimer's disease. During the study, after a

comprehensive literature review, an extensive field research is performed in order to collective data sets from selected alzheimer centers: Eskişehir Alzheimer's Long-term Guest House, Konya Alzheimer Day Care Center, Mersin Elderly Care Life Center. These spots were selected in accordance with Alzheimer Association and detailed observations were made on users and space. Medical staff and care givers were interviewed in order to reveal the impact of physical environment design on the behavior and attitudes of patients, related with the organisation of space, interior comfort conditions and space equipment.

After the observations on site and the interviews, as well as the content analysis of the qualitative research and the reflection of the quantitative data, necessary inputs were obtained and refined for the study. Related to all these researches and findings, spatial and physical design criteria are developed as a design guideline which could serve for the prospect care centers for people with alzheimer' disease.

1. GİRİŞ

Demans terimi, uyanıklık, hareket ve duysal işlevlerdeki değişikliklere bağlı olmaksızın, günlük yaşam aktivitelerinde kademeli olarak kısıtlanmaya sebep olan zihinsel kapasite ve/veya sosyal davranışlardaki kronik ve genellikle ilerleyici bir bozulmayı belirtmek için kullanılmaktadır (Mesulam, 2000). Dünya Alzheimer Raporu'na göre, 2015 yılında dünya genelinde 46.8 milyon kişinin demans yaşadığı tahmin edilmekte olup bu sayının 2030 yılında ise, ikiye katlanarak neredeyse 74.7 milyona ve 2050 yılında ise 131.5 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015).

Alzheimer hastalığı, merkezi sinir sisteminin (MSS) çeşitli kısımlarında nöron ve sinaps kayıpları nedeni ile ortaya çıkan, bilişsel işlevlerde azalma, özbakım yetersizlikleri, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal bozukluklar şeklinde karakterize edilen, progresif nörodejeneratif bir hastalıktır (Özkay ve diğ., 2011). Alzheimer, bütün dünyada gitgide yaygınlaşan ve toplumda en sık görülen demans türüdür. Unutkanlık ile başlayan hastalık, hastanın kişilik değişikliği yaşamasıyla ilerlemekte, sözel ve motor becerilerini kaybetmesine sebep olmakta ve hastalık ilerledikçe hastayı günlük ihtiyaçlarını karşılayamaz ve bu sebeple bakıma muhtaç hâle getirdiği bilinmektedir. Alzheimer tipi demansta üç tip evre bulunmaktadır (Gürvit, 2010) :

- Hafif şiddetteki alzheimer demansta; işte ve ev dışında bağımsızlık bozulmaya başlar,
- Orta şiddetteki alzheimer demansta; ev yaşamı ve kendine bakımda sorunlar başlar, sosyal ilişkilerinde denetim gerektirir,
- Ağır şiddetli alzheimer demansta ise; hasta ciddi bellek kaybıyla birlikte hastanın tümüyle bağımlı olduğu bir durum hâline gelir.

Demans hastalığının dünyadaki yayılım hızı ve oranını daha iyi aktarmak için farklı örneklerle bakıldığında, söz gelimi Avusturalya'da yapılan araştırmalara göre, 2040 yılında yaklaşık olarak 36 milyon demans hastasının özel bakıma ihtiyacı olacağı öngörülmektedir (Fleming ve Purandare, 2010). Kuşkusuz, farmakoloji ve psikoloji dallarındaki gelişmeler, belki gelecekte bu sayının azaltılması yönünde de etki verecek

disiplinler olabilir. Fakat yine de bu istatistiksel verilerden hareketle, gelecekte demanslı hastaların tüm ihtiyaçlarını gözeterek onlar için iyi tasarlanmış tesislerden, giderek artan sayıda insanın faydalanabileceği çıkarımını yapabiliriz.

Günümüze kadar, Alzheimer hastalığı ve diğer demans hastalıkları ile, bu hastalarının yaşadığı fiziksel çevre arasındaki ilişki birçok araştırmacı tarafından çeşitli boyutlarıyla tartışılmıştır. Birçok bilim insanının dahil olduğu ve sayısı her gün artan çok sayıda araştırmada, fiziksel çevre ve sosyal bakım ortamının demans hastalarının yaşam kalitesini arttırabileceği veya olumsuz yönde etkileyebileceği konusunda görüş ve değerlendirmeler aktarılmaktadır (Schwarz ve diğ., 2004).

Bu çerçevede, demanslı hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmak için yaşadıkları fiziksel çevrenin tasarımının da terapötik etkileri olduğu kabul edilir. Bir başka ifadeyle, fiziksel çevre tasarımı, demans hastalığına sahip bireylerin yaşam kalitesini arttırıcı ve işlevselliklerini teşvik edici bir ortam hazırlar ve bu anlamda biz tasarımcılar için oldukça önem arz eder.

Buradan hareketle, gerek hastalığın seyir derecesine, gerekse bakım modellerinin zaman içerisindeki evrimine göre, demans hastalarının bakımına ilişkin farklı yaklaşımlar mevcuttur.

- Evde Bakım
- Özel Bakım Merkezleri
 - Gündüz Bakım Merkezleri
 - Kısa Süreli Bakım Merkezleri
 - Uzun Süreli Bakım Merkezleri

Bu gelişmelerin ışığında, söz konusu bu tez çalışması kapsamında, fiziksel çevrenin alzheimer hastalarının bakımındaki yerinin ve öneminin saptanması ile, hastaların günlük yaşam aktivitelerine yönelik ihtiyaçlarının analizi ve elde edilen bulgular ışığında alzheimer hastalarının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik tasarlanacak mekânlara ilişkin öneri tasarım kriterlerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

1980’li yılların başından beri alzheimer bakım merkezlerinde hastaların işlevsel yeterliliklerini, olumlu davranışsal belirtilerini ve yaşam kalitelerini arttırmak adına sayısız planlama stratejilerinin geliştirildiği, mimari ve iç mekân tasarım önerileri sunan kitapların ve makalelerin yazıldığı gözlemlenir.

Bu tez **kapsamında**, öncelikle Türkiye’deki mevcut alzheimer hastalarına yönelik bakım politikaları incelenmesi, akabinde Türkiye Alzheimer Derneği’ne bağlı alzheimer hastalarına hizmet veren bakım merkezlerine yönelik araştırma ve değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır. Bu çerçevede, alan araştırması kapsamında incelenmek üzere Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir şubesine bağlı yatılı alzheimer bakım merkezi, Konya şubesine bağlı gündüz yaşam merkezi ve Mersin şubesine bağlı yatılı ve gündüzlü yaşlı yaşam merkezi seçilmiştir. Bu merkezlerin seçilmesindeki etkenler arasında, öncelikle Türkiye geneline baktığımızda alzheimer hastalarına yönelik en kapsamlı ve alzheimer derneğine bağlı olarak, sadece alzheimer hastalarına bakım veren ve yine onların ihtiyaçlarına göre özel olarak tasarlanmış örnekler olmaları gibi kriterler önem taşırlar.

Bir başka ifadeyle, “İç mekân ve fiziksel çevre tasarımının alzheimer hastalarının işlevsel yeterliliklerini ve yaşam kalitelerini artırmada bir etkisi var mıdır?” sorusundan hareketle; çalışma **kapsamında**, alzheimer hastalarına yönelik tasarlanmış fiziksel çevre ve iç mekânların alzheimer hastalarının yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerine yönelik hipotezin ispatı için, ülkemizde geliştirilebilecek özgün bir modele yönelik tasarım kriterlerinin oluşturulması hedeflenmiştir.

Tez çalışmasında, araştırma kapsamında yayın taramasının ardından elde edilen veriler ile seçilen alzheimer bakım merkezlerinde mekân ve kullanıcılara ilişkin niceliksel ve niteliksel verilerin toplanması ile, tüm veri ve bulguların sentezlenmesi süresince karma bir **yöntem** uygulanmıştır. Niteliksel incelemelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizleri yapılarak, gerekli bulgular elde edilmiştir. Bütün bu incelemeler ve ulaşılan bulgular eşliğinde, alzheimer hastaları için açılacak olan yeni bakım merkezlerine yönelik mekânsal ve fiziksel tasarım kriterlerine ilişkin bir öneri setinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Giriş bölümünde; demans hastalığı ve alzheimer hastalığı hakkındaki özet bilgiler, dünya üzerindeki alzheimer hasta sayısına ilişkin istatistiki veriler ile, alzheimer bakım modelleri hakkında kısa değerlendirmelere yer verilmiştir.

Giriş bölümünü takiben gelen ikinci bölümde ise, demans hastalığının tanımı ve farklı demans tanılarından bahsedilmektedir. Bu bölümde demans hastalığının evrelerine odaklanılmış ve bu evrelerin genel özellikleriyle ilgili açıklamalar aktarılmıştır. Bunun takibinde, alzheimer hastalığına odaklanılmış ve onun hakkında daha detaylı bilgi

verilmiştir. Alzheimer hastalığının tanımı, hastaların geçirdiği değişimler ve ihtiyaçlarından bahsedilmektedir. Bunun yanı sıra fiziksel çevrenin alzheimer bakımında ve hastalığın üzerindeki etkisi tartışılmaktadır.

Üçüncü bölümde ise, bu kez alzheimer hastalarının bakımının nasıl yapıldığı ve bakım modellerinin neler olduğu irdelenmiştir. Alzheimer hastalarına özgü kullanıcı ihtiyaçları ve bunun mekânsal gereksinimleri tartışılmıştır. Bu bölümde, başlangıcından günümüze değin gelen, farklı alzheimer bakım modellerinin ve merkezlerinin tasarımına yönelik yaklaşımlar ile bu farklı yaklaşımlarının evrimi açıklanmaktadır.

Dördüncü bölümde ise, Türkiye’de uygulanmakta olan alzheimer bakım politikalarından ve ülkemizdeki bakım merkezlerinden bahsedilmektedir. Bu bölümde aynı zamanda, tezin de özgün modeli olan, alan araştırmasının kapsamı ve seçilen çalışma alanları tanıtılmış, özellikleri açıklanmış ve çalışma modeli aktarılmıştır. Tezin araştırma süreci ve elde edilen bulgular ayrıntılı olarak yansıtılmış, karşılaştırma cetvelleri üzerinden tartışılmış ve araştırma sonuçları ile bu bulguların değerlendirilmesi yapılarak, ülkemizde geliştirilecek uzun süreli alzheimer bakım merkezine yönelik yenilikçi tasarım kriterlerini açıklayan bir rehber önerisi sunulmuştur.

Sonuç bölümünde ise, alan araştırması sürecine ilişkin görüşler ile, elde edilen bulgular üzerinden oluşturulan tasarım kriterleri, alzheimer bakım merkezlerine yönelik yapılacak olan gelecekteki çalışmalar için, sonraki araştırmacılara ve tasarımcılara yol göstermesi adına tartışmaya açılmıştır.

2. DEMANS HASTALIĞINA AİT TANILAR VE ALZHEİMER HASTALIĞI

Geçtiğimiz yüzyılda gerek sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler, gerekse sağlık teknolojileri alanında kaydedilen ilerlemeler daha uzun ve sağlıklı bir yaşam olanağı sağlayarak, ortalama insan ömrünün uzamasına katkıda bulunmuştur. Dünya nüfus araştırmasına baktığımızda, 60 yaş ve üzeri nüfus 2017 yılında 962 milyon olarak rapor edilmiştir ve yine bu araştırmanın verilerine göre bu sayının 2050 yılına kadar iki katından daha fazla artarak 2.1 milyar, 2100 yılında ise 3.1 milyara ulaşması tahmin edilmektedir (World Population Prospects: The 2017 Revision).

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de 65 ve üzeri yaşlı nüfus oranının hızla artmakta olduğu bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 verilerine göre, ülkemizdeki yaşlı nüfus olarak sınıflanan 65 ve daha yukarı yaşta toplam 6 milyon 895 bin 385 kişi olduğu rapor edilmektedir (TÜİK, 2017). Şekil 2.1'de görüldüğü üzere; 2018 yılında, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %8,7 iken, 2023 yılına gelindiğinde bu oranının %10,2'ye, 2040 yılında %16,3'e, 2060 yılında ise %22,6'ya ve 2080 yılına gelindiğinde de % 25,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018).

Yıl	Toplam	0-14	15-64	65+	Oran (%)		
					0-14	15-64	65+
2018	81 867 223	19 203 792	55 500 077	7 163 354	23,5	67,8	8,7
2023	86 907 367	19 601 384	58 438 033	8 867 951	22,6	67,2	10,2
2040	100 331 233	19 333 893	64 623 369	16 373 971	19,3	64,4	16,3
2060	107 095 998	18 126 086	64 727 126	24 242 787	16,9	60,4	22,6
2080	107 100 904	16 813 783	62 873 761	27 413 359	15,7	58,7	25,6

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Şekil 2.1 : Yıllara ve yaş gruplarına göre nüfus, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018.

Öte yandan, yine küresel değerlendirmelerin ışığında bakıldığında, gerek hayat standardının yükselmesi, gerek sağlık teknolojilerinin gelişmesi nedeniyle 60 yaş “erken yaşlılık”, 80 ve üzeri ise “ileri yaşlılık” olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) tarafından bu değişimler üzerine temellendirilen yaşlılık kavramı, bireyin kontrolünün dışında ortaya çıkan ve çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azaldığı biyolojik bir dönem olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2017).

Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılığın beraberinde getirdiği hastalıklardan biri olan demans ve demans türü hastalıklar, malesef bu dönemi daha zorlu hâle dönüştürmektedir. Demans hastalığı, yoğunlukla yaşlı bireyleri etkilemekle birlikte temelde yaşlanmanın normal bir parçası değildir. Yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan demans hastalığının, genellikle 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %5'inde demansiyel belirtilerin başladığı kabul edilmekte olup yaşla birlikte artan bu oranın, 80 yaş ve üzeri gruplarda %20 nispetlerine ulaştığı rapor edilir (Alzheimer's Association, 2017).

Demans hastaları içerisinde, Alzheimer hastalarının sayısının da yaş artışına paralel olarak arttığı bilinmektedir. Bu hastalara ilişkin oranlar incelendiğinde; 65-74 yaş grubundaki insanların %3'ü, 75-84 yaş grubundaki insanların %17'si ve 85 yaş ve üstündeki kişilerin %32'si alzheimer türü demans hastalığına sahiptir (Alzheimer's Association, 2017).

2.1 Demansın Tanımı

Demans, kronik ve genellikle ilerleyici nitelikte olup, bilişsel işlevde normal yaşlılık sürecinde meydana gelmesi beklenenden daha fazla bozulma (yani düşünceyi işleme kabiliyeti) bulunmasıyla karakterize olan bir sendrom olarak tanımlanır (WHO, 2017). Bu durumun bellek, düşünce, yönelme, anlama, hesaplama, öğrenme kapasitesi, dil ve yargıyı etkilediği, lakin bilinci etkilemediği tespit edilmiştir (WHO, 2017). Bilişsel işlevdeki bozulma genellikle duygusal kontrol, sosyal davranış veya motivasyondaki bozulmalarda da eşlik eder (WHO, 2017).

Gürvit'in (2010) yaptığı tanıma göre demans, "erişkinlerdeki MSS'nin hasarlanması sonucu, bilinç bulanıklığı olmaksızın, birden fazla kognitif alanın bozulması, bununla ilintili olarak günlük yaşam aktivitelerinin eski düzeyinde sürdürülememesine neden olan, doğal seyri açısından kalıcı, sıklıkla da ilerleyici bir klinik tablo" olarak değerlendirilir (Gürvit, 2010, s. 3).

Dünya genelinde, 2015 yılında yaklaşık 46.8 milyon kişinin demans yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu sayının ikiye katlanarak, 2030 yılında neredeyse 74.7 milyona ulaşacağı, 2050 yılında 131.5 milyona varacağı öngörülmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015). Bu artışın büyük bir kısmı, düşük ve orta gelirli ülkelerde demans yaşayan insan sayısının artmasıyla ilişkilendirilmektedir. 2015 yılındaki istatistiki verilere göre yayınlanan Dünya Alzheimer Raporu, dünya üzerindeki demans hastalarının yaklaşık % 58'inin şu anda Dünya Bankası tarafından düşük gelirli veya orta gelirli ülkeler olarak sınıflandırılan ülkelerde yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu oranın 2030'da % 63'e ve 2050'de % 68'e yükseleceği tahmin edilmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015). 60 yaş ve üzeri yaştaki demans prevalansı¹ hakkındaki bölgesel tahminler; Orta Avrupa'daki % 4,6, Kuzey Afrika ve Orta Doğu'da % 8,7 olarak bildirilmekte, diğer tüm bölgesel tahminler ise, % 5,6 ile % 7,6 arasında değişmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015).

2.2 Demansın Çeşitleri ve Sınıflandırılması

Demans hastalığının farklı formlarının ve süreçlerinin olduğuna ilişkin çeşitli değerlendirmeler bulunmaktadır. Alzheimer hastalığı demansın en yaygın şeklidir ve olguların % 60-70'ine katkıda bulunabilmektedir. *Vasküler demans*, *lewy cisimcikli demans* (sinir hücrelerinde gelişen anormal protein agregaları, LCD) ve *fronto-temporal demans* (beyindeki frontal lobun dejenerasyonu) da demans hastalığına sebep olan diğer önemli bir grup hastalık formlarıdır. Farklı demans formları arasındaki sınırlar belirsizdir ve karışık formlar genellikle birlikte bulunabilmektedir (WHO, 2017).

Esas olarak demans hastalığı *primer* ve *sekonder* olmak üzere sınıflandırılmaktadır (Gürvit, 2010). **Primer** demanslar MSS'nin nörodejeneratif hastalıkları olan *alzheimer* hastalığı, *diffüz lewy cisim* hastalığı, *fronto-temporal demans*, *motor bozuklukla* olan demans, çeşitli *pediatrik* demans ve ender demanslar şeklinde sınıflandırılmaktadır (Gürvit, 2010). **Sekonder** demanslar ise, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığın seyri sırasında demans oluşturan hastalıkları içermektedir.

¹ Prevelans: Belirli bir nüfusta, belirli bir zaman dilimi içerisinde, çalışma kapsamında yer alan, belirli bir hastalık veya hastalıklara sahip tüm olguların oranıdır (Wikipedia).

Bunlar *vasküler* demans (VaD), normal basınçlı *hidrosefali*, *toksik-metabolik* demanslar, *infeksiyonlar*, kafa içi yer kaplayıcı ve *otoimmün-inflamatuvar* hastalıklardır. Sekonder demansların en sık görülen tipi VaD'dır (Gürvit, 2010).

Dört tip demans; Alzheimer hastalığı, vasküler demans, frontotemporal demanslar ve Lewy cisimcikli demans bütün demansların %90'ını oluşturmakta olduğu bilinmesiyle birlikte, tedavi edilebilir demans nedenleri % 10-15 veya daha az oranda dar bir bandı oluşturmakta ve araştırmalarda demansın en sık nedeni olarak alzheimer hastalığına rastlanmaktadır (Selekler, 2003, s.20).

Demans hastalığı kişileri farklı şekillerde etkileyebilir ve hastalığın ilerlemesi, hastalığın kendisinin ve kişinin psikolojik ve fizyolojik sağlık durumuna bağlı olarak da değişebilir. Demans hastalığının zamansal evreleri üç aşamada değerlendirilir (Duthey, 2013) :

- **Erken Evre** - İlk yıl veya ilk iki yıl
- **Orta Evre** - İkinci, dördüncü veya beşinci yıl
- **Geç Evre** - Beşinci yıl ve sonrası.

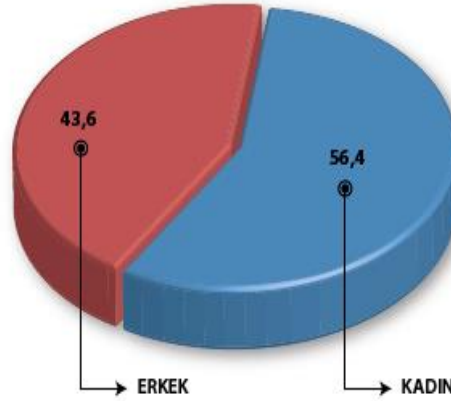
Demans hastalığı, tüm dünyadaki yaşlı bireyler arasında giderek artan bağımlılığın ve engelliliğin başlıca nedenlerinden biri olarak sayılabilir. Sadece hastalığa sahip bireyler için değil, aynı zamanda aileleri ve bakıcıları açısından da büyük zorluklar meydana gelebilmektedir. Demans hastalığının, bakıcılar, aileler ve toplum üzerinde çok farklı yansımaları olabilmekte ve bu etkiler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik düzeylerde kendilerini gösterebilmektedirler. Literatürde bu konu üzerinde bugüne kadar yazılmış birçok araştırma ve çalışmalara da ulaşmak mümkündür.

2.3 Alzheimer Hastalığının Tanımı ve Hastalığın Evreleri

Daha derinlemesine incelediğimizde alzheimer hastalığı, entelektüel gerileme ile birlikte çeşitli nöropsikiyatrik davranışsal rahatsızlıklara ve günlük yaşam aktivitelerinde bozukluklara neden olan progressif nörodejeneratif bir hastalık olarak tanımlanır (Selekler, 2003, s.2).

Demansın en sık görülen tipi olan alzheimer hastalığındaki risk faktörlerinin başında yaş gelmektedir. Diğer risk faktörleri arasında, ailede demans öyküsü, kadın cinsiyeti, düşük eğitim seviyesi, genetik etkenler, down sendromu, majör depresyon öyküsü, vasküler olaylar, plazma homosistein düzeyi, hipotriodi, hiperkolesterolemi, miyokard

infarktüsü, arterosklerotik karotit hastalığı, hipertansiyon gibi etkenler sıralanır (Selekler, 2003 ve Gürvit, 2010). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden elde edilen veriler incelendiğinde; 2014 yılında Alzheimer tanısı ile yatan toplam hasta sayısı 18.158 olduğu belirlenmiş ve bu sayının %43,6 (7.911) erkek hastalara, %56,4 (10.247) kadın hastalara ait olduğu tespit edilerek kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Şekil 2.2) (Özbabalık ve Hussein, 2017).



Şekil 2.2 : Alzheimer hastalarının cinsiyete göre dağılımı (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Alzheimer hastalığının evrelerini nitelendirmek için yaygın olarak kullanılan iki sistemden biri olan ve hastalığın özgünlüğü nedeniyle diğer demanslarda kullanılamayan 'Global Bozulma Ölçeği' (Global Deterioration Scale)'nin geliştiricisi olan Reisberg, alzheimer hastalarındaki bu süreci bebeklik, geç çocukluk ve ergenlik şeklindeki insanın ilerleyici bireyselleşme-bağımsızlaşma gelişimsel sürecinin tam tersine çevrilmesi olduğunu ileri sürer ve bu ilerleyici yıkımı *retroenez* olarak adlandırır (Gürvit, 2010, s.24).

Gürvit'e (2010) göre, hafif-demans evresindeki alzheimer hastaları, evlerinde ve ev dışında tanıdık mekânlarda belli bir bağımsızlığı kazanmış, fakat sosyal ilişkiler veya muhakeme gerektiren karmaşık işlevlerde denetim gereksinen 7-12 yaşlarındaki okul dönemi çocuğunu andırır. Orta-demans evresindeki alzheimer hastası ise, ev yaşamı, giyinme, yemek yeme, yıkanma gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde (GYA'lar) gözetim gerektiren 2-6 yaşları arasındaki okul öncesi çocuğu gibi iken; ağır-demans evresindeki alzheimer hastalarında ise, durum yaşamını sürdürmek için 24 saat ana-babaya (bakıcıya) tümüyle bağımlı 0-2 yaş bebeğine benzemektedir (Gürvit, 2010, s.24).

Demansın klinik evrelendirilmesi (Clinical Dementia Rating Scale) ise, kullanılan diğer ikinci evreleme ölçeğidir. Alzheimer hastalığı bu ölçekte de yine sırasıyla hafif, orta ve ağır şiddetli dönem olarak üç evreye ayrılmaktadır (Selekler, 2003).

2.3.1 Hafif şiddetli alzheimer hastalığı evresi

Evreleri daha detaylı irdelediğimizde, *hafif şiddetli* alzheimer evresinde, hastalığın belirtilerinin kendisini göstermeye başladığını; kognitif bozukluklara rağmen hastaların günlük aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebildikleri gözlenmektedir. Bu hastalar günlük yaşam aktiviteleri içerisinde daha çok kompleks işleri yapmakta zorlanabilirler. Konuşma sırasında kelime bulmakta zorluk, duraklayarak konuşma, kelimeleri söylerken akıcı olamama gibi zorluklar yaşanması en dikkat çeken başlıca özellikleridir (Selekler, 2003). Bunların yanısıra; hâlen tanıdık mekânlarda dolaşabilseler dahi, yabancı mekânlarda kaybolma, yönleri karıştırma, sık sık eşya kaybetme gibi güçlükler de deneyimlerler (Selekler, 2003). Yeni şeyler öğrenip, kullanmayı başaramazlar ve uyku kalitesinde bozulmalar başlamaktadır (Selekler, 2003). Hastalarda, söz konusu bu zorlukların fark edilmesiyle birlikte içe kapanma, affektif belirtilerde isteksizlik, duygusal yanıtsızlık ve inkâr gibi belirtilerle davranış bozukluklarının gözlemlendiği ifade edilir (Gürvit, 2010, s.25).

Klinik değerlendirmelerde, yakın bellek ön planda olmak üzere, görsel-mekânsal bozukluk, uzak bellekte bozulmalar, adlandırma güçlükleri, dikkat ve soyutlama-planlamada bozulmalar saptanır (Gürvit, 2010, s.25).

2.3.2 Orta şiddetli alzheimer hastalığı evresi

Orta şiddetli alzheimer evresinde, hastalarda ciddi seviyede bellek kaybı görülmeye başlanır. Hastaların yakın geçmişi hatırlayamadıkları, uzak hafızada ise ciddi kognitif güçlüklerin gözlemlendiği, mekân ve zaman konusunda oryantasyon bozukluğu olduğu, doğru yıl, ay, gün bilgilerini hatırlayamadıkları aktarılır (Gürvit, 2010).

Yine Selekler'e (2003) göre, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının yardımına ihtiyaç duyan bu hastalar, tek başlarına doğru dürüst giyinemez, banyo ve temizliğini kendi başlarına yapamaz hâle gelir ve mevsimine uygun kıyafet seçiminde zorlanma, giysilerin sırasını karıştırma, düğmelerini doğru iliklemede güçlükler yaşamaya başlarlar. Uyku-uyanıklık düzenindeki bozulmalar artık belirginleşmeye başlar, gece sık uyanmalar, gündüz ise sık uyuklamalarla geçmektedir (Gürvit, 2010).

Hastaların yerinde duramadıkları, eşyaların etrafında dolaştığı, nesnelerin yerini değiştirmek gibi amaçsızca hareketler yapmaya meyilli oldukları gözlemlenir. Bağırma, saldırganlık, tehdit gibi davranış bozuklukları gösterirler ve yalnız kalmaktan korkabilirler (Selekler, 2003).

2.3.3 Ağır şiddetli alzheimer hastalığı evresi

Bu evrede, hastaların artık temel günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için tam gözetime ihtiyaç duydukları gözlenir. Bir başka ifadeyle ‘sürekli bakım hastası’ durumuna gelmişlerdir. Aile bireylerini duygusal olarak tanıyabilseler dahi, ama kimliğin belirlenmesi ve isimlerinin söylenmesinin mümkün olmadığı ifade edilir (Eker, 2008, s.92). Bu evredeki hastaların televizyondaki kişileri ev içindeymiş gibi sanıp konuştukları, aynada kendi hayaliyle yabancıymış gibi konuştukları gözlenebilir (Gürvit, 2010, s.25). İleri derecedeki hastalarda konuşmanın iyice kısıtlanarak anlaşılabilir birkaç kelimedenden ibaret bir şekle dönüştüğü gözlenir. Bu süreç, daha sonra tek bir kelime tekrarına dönüşerek ve hastanın konuşma yetisinin yitimiyle sonlanır. Konuşmanın kaybolduğu evrede, hastanın bağımsız hareket yeteneği de eş zamanlı olarak kaybolur (Selekler, 2010, s.12).

2.4 Alzheimer Hastalarındaki Değişiklikler

Gürvit (2010), Alzheimer hastalığını tanımlarken belirttiği gibi, alzheimer olarak nitelendirilecek zihinsel bozulmalar GYA’larda kayda değer bozulmalara yol açacak şiddette olur. Kayda değer olarak belirtilen bu bozulmalar Çizelge 2.1’de daha kapsamlı aktarıldığı gibi, temelde üç ana kategoride toplanır:

- Kognitif bozulmalar,
- Davranışsal bozulmalar,
- İşlevsel bozulmalar (GYA).

Motor, otonom ve uyku alışkanlıklarında meydana gelen bozulmalarda gözlenip sonuçları değerlendirilmesi gereken diğer durumlardandır.

Alzheimer hastalığını diğer demans hastalıklarından ayıran başlıca özellik zaman ve alan oryantasyonudur.

Çizelge 2.1 : Demansta üç temel ve üç ikincil alanın sorgulanması (Gürvit, 2010).

	Kategori	Etki Çeşidi	Gözlemler, Bulgular
Temel	Kognitif	Bellek	Yakın: yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar; Uzak: ilkökul öğretmenini, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri, vb.
		Dikkat	Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
		Dil	Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri
		Görsel-mekânsal işlevler	Yabancı/tanıdık mekânlarda dolaşabilme, yazı karakterinde (Ortografik) değişiklik
		Yürütücü işlevler	Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
		Praksis	Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
		Gnosis	Nesneleri tanıma, mekânda birbirinden ayırma
	Davranışsal	Kişilik değişiklikleri	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
		Duygudurum bozuklukları	Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz
		Algı bozuklukları	Neşe, eşin peşinden ayrılmama, görsel ve diğer halüsinasyonlar
		Düşünce bozuklukları	Hırsızlık, sadakatsizlik, Capgras ve diğer türden hezeyanlar
	İşlevsel	Sokakta GYA'lar	İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler
		Evde GYA'lar	Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-tv ilgisi
		Kendine bakım	Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekânı
	Motor	Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donmalar, dengesizlik, hareket yavaşlığı, güçsüzlük, erime, seyirme	
	Otonom	İnkontinans, empotans, ortostatizm, konstipasyon, terleme	
	Uyku	REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu	

2.5 Alzheimer Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Fiziki Çevrenin Önemi

Alzheimer hastalığı ilerleyici bir hastalık olup zamanla hastaların bellek kapasitesinde azalmaya sebep olarak, hastanın kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyip giderek bağımlı hâle gelmesine yol açan bir hastalıktır.

Alzheimer hastasının bellek yitimi ile başlayan süreçte, psikiyatrik ve davranışsal bozuklukların da sürece eşlik etmesiyle, hastada kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete görülebilir (Baral Kulaksızoğlu, 2009). Hasta zaman ve mekân oryantasyonunu kaybeder. Hastalığın başlangıcında kelimeleri hatırlamakta güçlük çeken hastanın, zamanla konuşmasındaki akıcılığı bozulmaya, hatta konuşmasının tamamen kaybolmasına kadar kognitif fonksiyonlarındaki kaybı devam eder (Arioğlu ve Cankurtaran, 2005, s.27).

Hastalık ilerledikçe bireyler, alışveriş, para işlemleri, hesaplama ve alet kullanımı gerektiren kompleks günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanırlar. Hastalığın son döneminde, hastalar sürekli bakıma ihtiyaç duymakta ve kendilerini, yakın aile üyelerini ve bakıcılarını tanıyamaz, kendilerini besleyemez, yardımsız yürüyemez nihayetinde ise, yatağa tamamen bağımlı hâle gelirler (Aşiret ve Kapucu, 2015, s.62).

Klinik olarak üç evreye ayrılan alzheimer hastalığındaki belirtiler ve bulgular şöyle sıralanabilir:

- Hafif evre demansı; yaşlıların belleklerinde hafif etkilenmekle olmakla birlikte muhakeme etme ve günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebildikleri hafif kognitif bozuklukları yaşadığı, mekân ve zamana ait bilgilerde bozukluklar ile mesleki ve ev içi işlevlerin bozulmalarının başladığı dönem (Url-1),
- Orta evre demansı; bunlar tümüyle bağımlılaşırken ev yaşamı ve kendine bakımda sorunların başladığı, daha önce kullandığı eşyanın kullanımında zorluk yaşanması, uyku düzeninde bozulmalar, mevsime uygun kıyafet seçmekte zorlanma, çatal-bıçağı karıştırmak, döküp saçarak yemek, kişisel bakımın yapımında güçlükler çekmeye başladığı dönem,
- Ağır evre demansı; ise giyinmek, yıkanmak, yemek gibi temel GYA'larında sürekli bakım gereken, tümüyle bağımlı bir durum olarak tarif edebilir (Gürvit, 2010).

Özet olarak, alzheimer hastalarında ortaya çıkan belirtiler, kognitif, davranışsal, işlevsel, motor, otonom ve uyku başlıkları altında incelenebilir (Akyar, 2011).

İşlevsel açıdan ele aldığımızda günlük yaşam aktiviteleri ve kendine bakımda hastanın yaşadığı zorluklar; amaçsızca dolaşmalar, evden çıkıp geri dönmemeler, bildik mekânlarda yön bulma güçlüğü, tuvalet ihtiyacı ve altına kaçırmaların olması, halüsinasyon görme ve eşya saklama, biriktirme davranışının ortaya çıkması alzheimer hastasını, bakıcısını ve hastanın ailesinin yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Bu sebeplerden ötürü demanslı yaşlıların bakımı önemli bir sosyal problemdir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürebileceği uygun bir çevre düzeni yaratılmalı ve evde gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır (Url-2).

İskoçya'nın Stirling Üniversitesi Demans Hizmeti Geliştirme Merkezi'nin 2013 yılında yayınladığı demans hastaları için konut tasarımının iyileştirilmesi kitapçığına göre; demans hastaları için yapılan tasarım genel olarak yaşlılar için faydalı olan tasarım ilkelerine dayanır (DSDC, 2013). Demans dostu olan etkili bir mekân oluşturmak için ilk önce hastaların çoğunun yaşlı bireylerden oluştuğunu, fakat demans hastalarının yaşlılık süreci ile normal yaşlılık sürecinin farklı ilerlediğinin farkındalığına sahip olmak gerekir. Bireyin yaşadığı ortamın tasarımı hayatını kolaylaştırıyorsa daha az stresli ve daha mutlu olması muhtemeldir. Aksi ise, bireyi huzursuz ve kafası karışmış hâle getirebilir. Demans dostu tasarım doğru uygulandığında hastanın daha bağımsız, daha sakin, daha kontrollü, kısacası ihtiyaç duyduğu bakım miktarını bile azaltarak hastanın bakım sürecinin bir parçası olabilir. Demanslı bireyin daha az bakım talebinde bulunması hastanın ailesi, bakıcısı ve bakım veren personeller üzerindeki baskının ve stresin de azalmasına yardımcı olabilmektedir (DSDC, 2013).

3. ALZHEİMER HASTALIĞI BAKIM MODELLERİ VE MEKÂNSAL GEREKSİNİMLERİ

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı git gide artmaktadır. Türkiye Aile Yapısı Araştırmaları’nın (TAYA) ifadesine göre, 1950 yılında dünyada 65 yaş üzerinde olan kişi sayısı 128 milyon iken (%5), bu sayı günümüzde yarım milyarı (%8) aşmıştır (TAYA, 2013, s.90). Ortalama yaşam süresinin uzaması nüfusun yaşlanmasıyla birlikte başka sorunlar da ortaya çıkmaya başlamaktadır.

Bu sorunlardan biri olan alzheimer hastalığı için, ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun %5’inin, 85 yaş ve üzeri nüfusun ise %30- 50’sinin alzheimer hastalığı olduğu tahmin edilmektedir (Baral Kulaksızoğlu, 2014).

Alzheimer hastalığı, hem hastanın hem de bakım vericinin günlük yaşantısında değişimlere neden olmaktadır. Demans ve alzheimer hastasının bakım süreci zor, yorucu ve yıpratıcı bir süreç olmasıyla birlikte hastalığın ilerleyici yapısı hastaların gün geçtikçe yıkıma uğramasına sebebiyet vererek, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi kısımlamakta ve nihayetinde hastanın bağımlılığına sebep olmaktadır (Kaya Uygun ve Taylan, 2018).

Alzheimer hastasının bakımında temel hedefler; hastanın fonksiyonelliğinin korunması, engelini azaltılması, stabilitenin sürdürülebilmesi için çevre ve ilişkilerin düzenlenmesi, hastalık nedeniyle oluşan kayıpların kompanse edilmesi, hastanın bireyselliğini koruyacak ve yaşam kalitesini sürdürecekt terapötik ortamın sağlanmasıdır (Akyar, 2011, s.86).

Türkiye’de alzheimer genellikle ilk etap sonunda veya orta etap başında teşhis edilebilmektedir. Bunun sebebi ise, genellikle aile üyeleri veya hastalar demans ve alzheimer ile ilişkili semptomları yaşlanma belirtileriyle karıştırılmakta ve sağlık kurumlarına gitmekte geç kalmaları olabilmektedir (Lök ve diğ., 2017).

Türkiye Aile Yapısı Araştırmaları (TAYA) 2011 verilerine göre, yaşlıların üçte ikisi ya tek başlarına ya da sadece eşleriyle birlikte yaşamaktadır (TAYA, 2013, s.103).

Demansın erken ve orta evrelerinde, yaşlıların % 80-90'ı yetişkin çocuklar veya eşler tarafından evde bakılırken, genellikle demansın son evresindeki bakım evlerinde bakılmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu nedenle, aile demanslı bireylerin bakımında önemli sorumluluklar üstlenir.

3.1 Alzheimer Hastalarının Bakım Modelleri

3.1.1 Evde bakım

Ülkemizde 07.08.2008 tarihinde ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” içeriğinde belirtilen tanıma göre;

“Evde bakım hizmeti birimi: Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hanehalkının tek başına veya komşu, akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birimdir.”

Evde bakım hizmeti, hasta özbakım ihtiyaçlarını yerine getiremeyecek kadar yaşlıysa veya engelliye hastaneler, yerel yönetimler, toplum sağlık merkezleri gibi birimler tarafından sağlanan; hastaya günlük bakımını yapmak, hasta ve ailesine psikososyal destek vermek, aileyi hastalık ve hastanın bakımı hakkında bilgilendirme hizmetlerini sağlayan bakım türüdür (Lök ve diğ., 2017).

Evde bakım hizmetinin amacı; yaşlının kendine değer verme duygusu çerçevesinde insan olarak mevcut ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak yaşlıya ya da ailesine destek vermek, yaşlının işlevselliğini arttırmak, olabildiğince gücünü muhafaza etmesine ve bağımsız yaşamasına yardımcı olmak, yaşlının ve ailesinin iyilik hâlini sağlamaya çalışmaktır (Dölek Önal, 2012, s.98).

TAYA 2011’de 18-60 yaş arasındaki bireylere, kendinize bakamayacak kadar yaşlandığınızda nasıl yaşamayı düşünürsünüz sorusu sorulmuştur. “Fikrim yok” diyenler dışarıda bırakıldığında cevap verenlerin yaklaşık %17’si yaşlandığında huzurevinde kalmak istediğini, %32’si ise evde bakım hizmeti almak istediğini söylemiştir (TAYA, 2013, s.104).

Türk toplumunun aile yapısı, yaşayış biçimi ve geleneklerine bakıldığında yaşlıların aile içerisinde saygın bir yere sahip olduğu görülmektedir. Toplum yapısının bu etkisiyle birlikte aile içerisindeki yaşlı özel olarak yapılmış kurumlar yerine ailesiyle beraber yaşamayı tercih etmektedir. Bu tercih yalnız yaşlı birey tarafından değil, çocukları ve ailenin diğer üyeleri tarafından da bu şekilde yapılmaktadır. Bu nedenle de ülkemizde yaşlılara hizmet eden kurumlar istenildiği biçimde ve oranda gelişmemişlerdir.

Ülkemizde var olan bu tip kısıtlılıkların, demanslı hastalara bakım veren kişilerin diğer ülkelerde bulunan kişilere kıyasla daha fazla bakım yüküne sahip oldukları, duygusal sıkıntılar ve psikolojik stres yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir (Ören, 2016).

Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin gününün önemli bir kısmını hastasına ayırmak zorunda kalması, bu süreçten olumsuz etkilenmelerine ve psiko-sosyal, sağlık ve finansal sorunlar yaşamalarını kaçınılmaz kılmakta; bakım verenlerin yaşadığı bu tip sorunlar da bakım sürecini olumsuz etkilemekte ve bakım yükünün artmasına sebep olmaktadır (Uygun & Taylan, 2018).

Lök ve diğ. (2017) belirttiği üzere; demans ve alzheimer hastalarına bakım veren aile üyeleri evde bakım alma isteğinde bulunduğu zaman, bir hemşire ve doktordan oluşan bir ekip evde hastayı ziyaret edip muayene ederken, aynı zamanda evde bakıma muhtaç olan yaşlıya yara örtüleri, gerekli testler, egzersizler, idrar kateter yerleştirme ve reçeteli ilaçların temini gibi çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Bakıma muhtaç hasta bireylere ve onlara bakım veren aile üyelerine sosyal ve psiko-mantıksal destek hizmetleri de verilmektedir (Lök ve diğ., 2017)

Türkiye Alzheimer Derneği de yapılan bağışlardan elde ettikleri gelir sayesinde, kendilerine başvuran evde bakım veren hasta yakınlarının, yatağa bağımlı olan alzheimer hastalarına evlerinde ücretsiz bakım hizmeti sunmaktadır. Başvuruda bulunan hastaya ayda 4 kez ve ücretsiz olarak sağlanan bu hizmet, bakıma ihtiyaç duyan hastaların günlük ihtiyaçları olan hijyenik bakımı, uzun süredir yatağa bağımlı hastalarda görülen yaraların tedavisi, ilaçların düzenlenmesi, nefes egzersizleri vb. hemşirelik ve hasta bakıcılık hizmetlerini sağlamaktadır (Url-3). Hastanın evine giden deneyimli personel, bakım veren hasta yakınlarının bu tip işlerini kendi başlarına da yapabilmeleri için gerekli eğitimleri hasta yakınlarına vermektedir (Url-3).

3.1.2 Kurumsal bakım

Kurum bakımı, evde verilen desteğe rağmen bakımında zorluk yaşanan, yardıma gereksinim duyan ya da aile yanında bakılması mümkün olmayan hastaların bireysel, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarının giderildiği, uzman personellerin eşliğinde boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin arttırıldığı ve çeşitli aktivitelerinin sağlandığı bakım türüdür (Dölek Önal, 2012).

3.1.2.1 Yatılı bakım merkezi

Yaşlı bireyler içerisinde birçok yaşlı fizyolojik veya nörolojik rahatsızlıklara sahip olup kendi yaşamlarını tek başlarına idare edemez ve bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu sebepten ötürü, yalnız olup tek başına yaşayan, hastalığı ya da sakatlığı bulunan yaşlılara bakım ve iyileştirme hizmetleri verilmektedir. Alzheimer hastalığına sahip bireyler de birçok aşamadan geçmektedir ve bu aşamalar ilerledikçe belirgin bir bilişsel gerileme başta olmak üzere sözel yeteneklerde ve psikomotor becerilerde kayıp, GYA'da yardım gerektiren gerileme ve başkalarına bağlı hâle gelme durumları gözlemlenmektedir (Gaugler ve diğ., 2014).

Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan bu kişilerin yalnız yaşıyor olması, bağımlılık düzeyinin yüksek olması, bakım veren ailenin bakım becerilerinin yetersiz kalması veya hastalığın sağlık bakımı gerektiren seviyelere kadar ilerlemesi gibi durumlar da ailelerin kurumsal bakım desteğine duydukları ihtiyaç artmakta ve evde bakımın yetersiz kaldığı bu süreçte bakım verenler devlet desteğine ve kurumsallaşmış yatılı hizmetlere daha çok ihtiyaç duymaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Yatılı yaşlı bakım evleri özellikle bu ihtiyaç grubuna yönelik bir hizmet türü olmakla birlikte, burada verilen hizmetler içerisinde tıbbi tedavi, özel bakım, fiziksel terapi, iş-uğraş terapisi, solunum terapisi ve konuşma terapisi gibi iyileştirici tedavi hizmetleri yer almaktadır (Dölek Önal, 2012).

Demans ve alzheimer hastaları için ayrılmış olan özel bakım merkezleri profesyonel olarak eğitilmiş personeller, bu hasta grubuna uygun etkinlikler, özel olarak tasarlanmış mekânlar, özel yemek salonları, ayrı ve büyük etkinlik odaları mevcudiyeti ve dış mekânla kurulan özel iletişim gibi özellikler sunarak kendilerini farklı kılarlar (Day ve diğ. 2000). Yapılan araştırmalarda, alzheimer hastaları ve yaşadıkları mekân ile iletişim becerileri, sosyal işlevler, mobilite ve duygusal tepkilerde iyileşme veya yavaşlama süreleri arasında ilişkiler olduğu ve buna ek olarak davranış bozuklukları,

motor aktivite ve halüsinasyonlarda azalmalar olduğu gözlemlenmiştir (Day ve diğ., 2000). Bu tip araştırma ve gözlem sonuçları, alzheimer hasta gruplarının bakımında yaşadıkları fiziksel çevrenin hastalık sürecindeki önemini göstermiş olmaktadır.

Uzun süreli kurumsal bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, kamu kurumları, belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve özel bakım kuruluşları tarafından oluşturularak yürütülmektedir. Bu hizmetler, ülkemizde 07.07.2005 tarihinde yürürlüğe girmiş olan 5378 sayılı Engelli Kanunu ile Engellilere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri kanunu çerçevesinde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan ilgili kanun gereğine göre ruhsat alan reel ve tüzel kişiler aracılığıyla, kamu kurum ve kuruluşlarının da “yatılı hizmet” verebilmesine imkân sağlanmıştır. (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye’de kurum bakımı dâhilinde bulunan uzun dönemli bakım hizmeti yaygın olarak huzurevlerinde, sınırlı sayıda ise güçsüzler yurtlarında verilmektedir. Bir devlet kurumu olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın yaşlılar için sunduğu hizmetlerin çoğunluğunda huzurevleri yer almaktadır (Dölek Önal, 2012).

Huzurevinde kalan sağlıklı yaşlıların yaşları ilerledikçe demans olma riskleri de artmaktadır. Bu bireylerde yaşa bağlı meydana gelen rahatsızlıklarının uzantısında, zihinsel ve fiziksel fonksiyon kayıpları sebebiyle bakım ihtiyaçları artmakta olup, özbakım ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılamakta zorlanmaktadırlar. Bu sebeple söz konusu bu yaşlı bireyler için ihtiyaç duydukları bakım, destek ve ilgiyi karşılamak üzere, huzurevinin farklı bir bölümünde demans hastaları için de hizmet verilebilmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017). Kurumlarda kalan yaşlıların sağlık hizmetine kolay erişiminin olması, tedavilerinin yapılabilmesi ve toplum içerisinde de yaşlı birey sayısının nüfus içerisindeki yoğunluğunun artması ile paralel olarak, bu rehabilitasyon merkezlerinde kalan yaşlıların sayısı artmakta ve bunun sonucunda yaşlı bakım ve rahabilitasyon merkezlerine duyulan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Ülkemizde sadece alzheimer hastaları için verilen kurumsal bakım hizmetleri ve yatılı bakımevi sayısı çok az olmasıyla birlikte, yukarıda bahsedildiği gibi, bazı özel bakım merkezlerinin demans hastaları için ayrı alanları bulunmaktadır. Alzheimer hastaları için oluşturulan özel bakım merkezlerinde temel amaç, yaşlıya kendi ortamında hizmet sunmak veya yaşlının kendi ortamına en yakın atmosferinde, adeta “ev gibi” hissinin yansıtıldığı kurumsal bakım merkezini tasarlamak olmalıdır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Bu konu hakkında Fleming ve arkadaşları (2016), alzheimer hastalarının GYA'ları ile bulundukları ortamın çevresel kalitesi arasındaki ilişki hakkında çeşitli araştırmalar ve tanımlarda bulunmuşlardır. Yaptıkları çalışmalarda, fiziksel ortamın tasarlanması ile alzheimer hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde etkileşim olduğu, anksiyetenin ve depresyona girme sıklıklarının artma yahut azalmanın olduğu tespit edilmiştir (Fleming ve diğ., 2016).

Fleming ve diğerlerinin (2016) yaptıkları araştırma sonucu belirledikleri çevresel etkilerinin denetimini destekleyen ilkeler şu şekildedir;

- *Göze çarpmayan güvenlik önlemlerinin olması*
- *Küçük ölçekli birimlerin tasarlanması:* Demans hastaları için özel bakım ünitelerinin geliştirilmesi, daha büyük tesislerin ajitasyonu arttırdığı ve konut sakinleri için kafa karıştırıcı olduğu, buna karşın küçük gruplarda kaliteli bakımı sağlamanın daha kolay olduğu gözlenmiştir,
- *Görsel erişimin en üst düzeye çıkması:* Mutfak, yemek odası ve etkinlik odalarının bir arada bulunduğu ve sirkülasyon sisteminin düz; yerleşimin ise herhangi bir yön değişikliği olmaksızın iyi bir görsel erişim ile sağladığı; plan olarak ise, L, H ve kare şeklindeki birimlerin tercih edilmesiyle oryantasyon bozukluğunun daha az belirgin olduğu gözlenmiştir,
- *Gereksiz stimülasyonların azaltılması:* Demans hastası bireyler, çevresinde aşırı uyaran olması durumuyla başa çıkmakta zorluklar yaşayabilmektedir. Uyarıcı etkilerin azaltıldığı ortamda, hastaların daha kontrollü ve daha az agresif olduklarına dair kanıtlar bulunmaktadır,
- *Yararlı stimülasyonları geliştirilmesi:* Yönlendirmeye ilişkin işaret ve yardımların sağlanması, bu hasta grubu için birçok özel ortamın tasarımına entegredir ve olumsuz davranışsal semptomlarda azalmayla ilişkilendirilmiştir,
- *Dolaşım alanlarının etkinliğinin sağlanması:* Dolaşmak bazen demans hastalarının davranışlarının bir özelliğidir. Yürüme yolunun sağlanmasının, daha düşük ajitasyon seviyelerine etki verdiği gösterilmiştir,
- *Tanıdık ortamların sağlanması:* Demanslı kişi uzak geçmişi yakın geçmişte olduğundan daha kolay hatırlar. Çevresinin, kendi eşyalarını getirerek ikamet eden tarafından aşinalıklarını arttırma fırsatı, GYA'nın korunması ve saldırganlık, endişe ve depresyondaki azalmalarla ilişkilendirilmiştir,

- *Kişisel alan ve sosyal etkileşim için ayrı alanların sağlanması:* Demans hastalarının, sosyal etkileşim ve mahremiyet için çeşitli alanlara ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir,
- *Toplulukla bağlarını teşvik edin:* Anılarını kaybeden bir kişinin kimliği, tanıdık manzaralar ve akraba ve arkadaş ziyaretleri tarafından daha kolay desteklenebildiğini belirtilmiştir,
- *Ev ortamı sağlamak:* “Ev gibi” atmosferinin yaratılmasının kurumsal bir ortama sokulması sürecindeki yaşanan olumsuz ekilerden, ajitasyon ve çıkış arayışında bir azalmaya, öte yandan sosyal etkileşim ve yeme davranışında iyileşmeye neden olduğu belirtilmiştir (Fleming ve diğ., 2016).

3.1.2.2 Kısa süreli bakım merkezi

Kısa süreli bakım hizmeti, evde bakım veren bireylerin sürekli olarak sorumluluğuna sahip oldukları hastanın yarı zamanlı veya tam zamanlı çalışan bakıcılar tarafından bir gece, birkaç gün hatta birkaç hafta boyunca sağlanan geçici bakım desteğidir (Day ve diğ., 2000).

Demans Bakım Modeli Raporu’nda belirtildiği üzere, geçici bakım hizmetleri kapsamında bakımevinde “en fazla üç günlük kısa” ya da “en az on günlük uzun” konaklama opsiyonları bulunmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017). Fakat, her iki bakım şeklinin de ihtiyacı karşılamaktan uzak olduğu ve az sayıda kurumda alzheimer hastalarının ihtiyaçlarına yönelik geçici bakım hizmet üniteleri olduğu belirtilmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Alzheimer hastası bir bireye bakım vermek, bakım verenin fiziksel ve zihinsel rahatsızlık riskini arttırmaktadır. Bu sebepten ötürü geçici bakım hizmeti, bakım veren ailenin veya bireyin psikolojik ve fizyolojik sağlığını koruması adına bakım veren gönüllü kuruluşlar, belediyenin sağladığı destek hizmetleri ve maddi yardımlar mevcuttur (Url-4).

Kısa süreli bakım hizmetini, tiplerine göre evde ve kurumda bakım hizmeti olarak ikiye ayırabiliriz. Evde verilen kısa süreli bakım hizmetlerinde, bakım verenin yokluğunda ya da psikolojik yönden çökmesini, yahut tükenmişlik sendromuna girmesini önlemek amacıyla, dinlenmelerini sağlamak için profesyonel yardımcılar veya kişisel bakım asistanları tarafından evde sağlık yardımlarının verilmesini kapsar. Bu çerçevede, hastanın banyo, giyinme, yemek yeme gibi günlük yaşam aktiviteleri

karşılanırken aynı zamanda çamaşır, yemek hazırlama gibi küçük ev işleri konusunda yardımcı olunmaktadır (Url-4). Kurumda verilen kısa süreli bakım hizmetinde ise, bakım verenin yokluğunda geçici bakım birkaç hafta boyunca sağlanabilir. Kısa süreli bakım, kendilerini stresli ya da sıkıntıya sokan, yahut uzun bir mola ya da tatile çıkması gereken aileler için önemli bir hizmet olabilir. Öte yandan, yeni mekânlarla karşılaşmak, kimi zaman alzheimer hastaları veya demans hastaları için olumsuz olabileceği için, geçici bakım merkezlerinde kalışı sırasında hastanın sevdiği, tanıdık bazı öğelerine sahip olması da konaklama sürecinde pozitif etkiler verebilmektedir (Url-4).

Ulla, Johanna ve Raimo'nun 1988 yılında yaptığı araştırmada, demansı olan 85 kişi yaklaşık iki hafta boyunca kısa süreli bakım merkezindeki ortamlarının kullanımı, az bozulma ile bilişsel işlev ve ruh hâlindeki gelişmelerle ilişkilendirilmiştir. Gözlemlenen bu iyileşmeler aynı zamanda, bakım merkezlerinin tedavi felsefesi ile bakım planına ve ev benzeri ortamlara sahip olmalarına bağlanmıştır (Day ve diğ., 2000). Bu nedenle, bulgular, yalnızca evde bakımın alternatifi olarak bu bakım merkezlerinin kullanımını desteklemektedir. Çünkü bu merkezlerin olumsuz etkileri sınırlıdır. (Day ve diğ., 2000).

3.1.2.3 Gündüz bakım merkezi

07.08.2008 tarihli ve 29960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ve yürürlüğe giren “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” mevzuatına göre;

“Gündüzlü bakım hizmeti birimi: Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile, demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkânlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birim” olarak tanımlanır.

Gündüz bakım evleri yaşlılar için işlevselliği azalmış, engelli, kronik olarak hasta olan veya rehabilitasyona ihtiyacı olan yaşlı bireylerin bağımsızlığını destekleyen, başka bir hizmet modelini temsil eder (Lök ve diğ., 2017).

Gündüz bakım hizmetlerinin amacı ise, yaşlının kendisine olan saygısının artmasını sağlayıp güçlü ve bağımsız yaşamasına yardım ederek, iyilik hâlini devam ettirmeyi sağlamaktır (Dölek Önal, 2012). Ayrıca, gündüz bakımevleri sadece bakıma ihtiyaç duyan hastaların değil, alzheimer hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin de bakım yüklerini hafifletir. Bir diğer ifadeyle, bakım sürecinin olumsuz ve yıpratıcı etkileri karşısında bakım verenin etkilenmemesini, ailenin üzerindeki stresin azalmasını, psikolojik ve sosyal zorluklar yaşanmasının en aza indirilmesi sağlar. Bunlarla birlikte, alzheimer gündüz bakım merkezlerinin hastaların aileleri için sunduğu imkânlardan bazılarını; aileleri bakım konusunda bilgilendirmek, hastalık ve bakım hakkında uzmanlardan destek alarak aileler için eğitimler ve seminerler düzenlemek, bakım veren aileye psikolojik destek sağlamak olarak özetlemek mümkündür (Dölek Önal, 2012).

Tam zamanlı bakım veren bir aile bireyi için, gündüz bakım merkezleri, hastaları bakım merkezindeyken, bakım verene ihtiyaç duyduğu özel zamanı sağlayarak dinlenmesine, başka görevlerini yerine getirebilmesine ve kendisine zaman ayırmasına imkân sunarak fayda sağlamaktadır. Aynı zamanda, hasta için de bakım merkezinde sosyalleşme imkânı, müzik ve egzersiz programları gibi aktivitelere katılma fırsatı sunarak fayda sağlamaktadır (Alzheimer's Association, 2017).

Lyman 'ın (1989) belirttiği üzere, gündüz bakım merkezlerinin tasarımının, güvenlik ve gözetim özellikleri, bahçe, etkinlik alanları, yemek yeme alanlarının tasarımı gibi hastalar üzerinde terapötik açıdan özel etkisinin olduğu, personel stresi ve bakım kalitesinde olumlu ve olumsuz etkileri olduğu değerlendirilir (Day ve diğ., 2000'de atıfta bulunulduğu gibi).

Gündüz bakım merkezinde hastaların gereksinimleri gözetilerek günlük bir program belirlenir ve hastanın ya da hastaya bakım veren ailenin ihtiyaçlarına yönelik danışmanlık, sağlık hizmetleri, beslenme, kişisel bakım, aktiviteler, davranış yönetimi, tedavi gibi hizmet türleri sunulur (Alzheimer's Association, 2017). Bu hizmet türlerinin geniş açılımları aşağıdaki gibi belirtilmiştir;

- *Danışmanlık:* Bakım merkezinde bulunan personel ve uzman kişiler, bakım veren aileler için destek hizmetleri sağlar. Alzheimer hastalığı ve bakımı

konusunda bakım veren kişilerin bilinçlendirilmesi, eğitilmesi, onlara psikolojik destek verilmesi sayesinde; hasta ile bakım verenin evdeki yaşam kalitesinin artırılması sağlanır,

- *Sağlık hizmetleri:* Alzheimer hastası, çeşitli tıbbi hizmetlere ihtiyaç duyuyorsa (ör, insülin takibi, ilaç yardımı, vb.), ilgili personel gerekli yardımı sağlar,
- *Beslenme:* Bakım merkezi alzheimer yaşlılarının ihtiyaçlarına göre besleyici yemekler ve ara öğünler sağlar,
- *Kişisel bakım:* Merkezler saç şekillendirme, tuvalet, yemek yeme ve diğer kişisel bakım görevlerinde de hastalara yardımcı olmaktadır.
- *Aktiviteler:* İlgili uzman personel gözetiminde, hastaların zihinsel ve motor becerilerini geliştirmeye yönelik günlük aktiviteler programlanır. Bu kapsamda müzik, sanat, spor ve destek grupları sunulmaktadır. Bu etkinliklerin hasta üzerinde iyileştirici etkilere sahip olması neticesinde, hastaların günlük sorunlarında azalma gözlenir,
- *Davranış yönetimi:* Bakım merkezinde bulunan personel hastalığın getirisi olan davranışlarla başa çıkmak üzere eğitilmiş ve hazır hâle getirilmiştir. Bu davranış tipleri arasında dolaşmak, inkontinans², halüsinasyonlar, cinsel açıdan uygunsuz davranışlar veya konuşma güçlüğü bulunmaktadır,
- *Tedavi:* Merkezler, uzman bakım personelleri ve terapistleri ile fiziksel, mesleki, konuşma terapisi veya anımsama terapisi için gerekli düzenlemelere yardımcı olabilmektedirler,
- *Özel ihtiyaçlar:* Bakım merkezi özel ihtiyaçları karşılayabilmelidir. Örneğin, tekerlekli sandalye kullanann veya görme engelli olan veya başka bir şekilde engeli olan hastayla ilgilenmek için yeterli donanıma sahip olmalıdır (Url-5).

Uygun ve Taylan (2018) belirttiği gibi İngiltere, Danimarka ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde, ihtiyaç duyan tüm bireylerin faydalanabileceği, ücretsiz gündüz bakım hizmeti verilmektedir. Ülkemizde ne yazık ki, henüz böyle bir hizmet bulunmamaktadır. Lâkin Türkiye Alzheimer Derneği ve belediyeler ile, bazı üniversiteler bünyesinde hizmet veren gündüz yaşam merkezleri bulunmaktadır. Ancak bu merkezler sayıca oldukça az olmakla beraber, çoğunlukla büyük şehirlerde konumlandırılmakta ve genelde sadece erken evre alzheimer hastalarına hizmet

² İnkontinans: İstemsiz idrar kaçırma, idrarı tutamama, mesane kontrolünün kaybı.

vermektedir (Uygun ve Taylan, 2018). Tüm bunların yanı sıra, ülkemizde bulunan mevcut alzheimer gündüz bakım merkezlerine ilişkin yasal yönetmelik ve mevzuat hükümleri, malesef hâlen tanımlanmamış olup; sınırlı sayıda uygulaması bulunan gündüz bakım merkezleri, gerek Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından gerekse yerel yönetim düzeyinde belediyeler tarafından daha da geliştirilmelidir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye’deki ilk Alzheimer Gündüz yaşam Evi; Şişli Belediyesi sponsorluğunda Türkiye Alzheimer Derneği tarafından 02.05.2011 tarihinde Şişli/İstanbul’da kurulmuştur (Url-6).

Bahçe içerisinde, iki katlı bir yapıda hizmet veren bakım merkezi, alzheimer hastalığı olan demans hastalarının aile üyelerine, hastalarını ücretsiz olarak bakım evine yerleştirebilme imkânı sunmuş; hastalara öğle yemeği, çay saati ve ikramların yanı sıra ulaşım desteği de sağlanmıştır (Url-6).

Çizelge 3.1 : Alzheimer Derneği İstanbul Şubesi Gündüz Bakımevi – Günlük Program (Türkiye Alzheimer Derneği – Url 6).

GÜN	SAAT	FAALİYETLER	NOTLAR
ÖRNEK BİR GÜN	09:00	Geliş	
	09.00-10.00	Sohbet (zaman oryantasyonu)	İletişim sağlanması
	10.00-10.30	Kahve ikramı	
	10.30-11.30	Jimnastik(oturarak kuvvetlendirme egzersizi: baş, kol,bacak,bel)	
	11.30-12.30	Gazete okuma	
	12.30-13.30	Yemek	El ve ağız hijyeni
	13.30-14.00	Dinlenme+Müzik dinleme (Tv)	(ÜnİÜleri tanıma)
	14.00-15.00	Ağaç boyama	
	15.00-15.30	Çay saati	İkramlı
	15.30-16.30	Konulu Sohbet (örnek: Düğün gelenekleri)	
	16.30-17.00	Değerlendirme	Sözel
ÖRNEK BİR GÜN	09:00	Geliş	
	09.00-10.00	Sohbet (zaman oryantasyonu)	İletişim sağlanması
	10.00-10.30	Kahve ikramı, Gazete yorumlama	
	10.30-11.00	Denge çalışması (egzersiz)	
	11.00-12.00	Müzik ve ritim çalışmaları	
	12.00-13.30	Yemek	El ve ağız hijyeni
	13.30-14.00	Dinlenme+Müzik dinleme (Tv)	(ÜnİÜleri tanıma)
	14.00-15.00	Kavramları tanıma	
	15.00-15.30	Çay saati	İkramlı
	15.30-16.30	El Beceri çalışması(örnek: Düğme dikme)	
	16.30-17.00	Değerlendirme	Sözel

Gündüz bakım merkezinde Çizelge 3.1’de görülen günlük programa göre yapılan tüm aktivitelerde ana amaç, hastaların zihinsel ve duygusal olarak desteklenmesi, günlük yaşam becerilerinin artırılması ve hastalığının ilerleyişinin yavaşlatılmasıdır (Url-6).

4. ALZHEİMER HASTALARI İÇİN UZUN SÜRELİ BAKIM EVİNE İLİŞKİN TASARIM KRİTERLERİNİN TARTIŞILMASI VE ÜLKEMİZE İLİŞKİN YENİ YAKLAŞIM MODELLERİ

4.1 Türkiye’deki Alzheimer Tedavi Politikası ve Tedavi Merkezlerinin Gelişimi

Yaşlı nüfusun gün geçtikçe hızla arttığı ülkelerden biri olan Türkiye’de toplumsal değişimin de etkisiyle, gerek yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasında, gerekse profesyonel bakım personellerinin yetiştirilerek görev aldığı yaşlı bakım programlarının önemi giderek artmaktadır.

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan en önemli hastalıklardan biri demans olup, en sık nedenlerinden biri de alzheimer hastalığıdır. Daha önce aktarıldığı gibi alzheimer hastalığı, beynin bilişsel bozuklukları olarak seyreden, yaklaşık %50-60 görülme sıklığına sahip, ölüm oranları, bakım maliyetleri, bakıcılara ve topluma genel etkileri bakımından önemli bir halk sağlığı sorunudur (Dölek Önal, 2012).

Bilindiği gibi, ülkemizde yaşlı ve engellilerin bakım hizmetlerinden sorumlu kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’dır. Açılan ve yürütmekte olan gündüzlü ve yatılı bakım evleri ile yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda esas alınan yönetmelikler sırasıyla şunlardır:

- “Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik” (05.04.1987),
- “Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” (21.02.2001),
- “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği” (07.08.2008),
- “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” (07.08.2008),
- “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” (04.11.2016).

Günümüzde, alzheimer hastalarına özel olarak hazırlanmış gündüzlü ve yatılı bakım evleriyle ilgili standart bir uygulama henüz mevcut değildir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Alzheimer hastalarına ilişkin bakım modelleri, kurumsal bakım ve evde bakım olmak üzere ikiye ayrılmakla birlikte, dünya genelinde ve ülkemizde *evde bakım, gündüzlü bakım ve yatılı bakım* şeklinde yürütülmektedir. Yaşlılara yönelik bakım personelinin eğitimi ve sertifikalandırılması, yüksekokullar ile bakanlığa bağlı alt birimler ve belediyeler aracılığı ile de yapılabilmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye’de uzun süreli bakım hizmetleri, geleneksel toplum yapısının da etkisiyle aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir. Gerek alzheimer hastasına gerekse ona evde bakım veren aileye destek olmak amacıyla verilen hizmet türü olan evde bakım, hastanın tedavisi, bakımının ve günlük ihtiyaçlarının tecrübeli hemşireler ve bakım elemanları tarafından desteklenmesini ve bakım sürecinin etkili bir şekilde hastanın yaşadığı mekânda sürdürülmesini sağlar (Dölek Önal, 2012).

Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu yönetmelik ile engellilere evde veya özel bakım merkezlerinde sunulan bakım hizmetinin ücretlerinin ödenmesi sağlanmıştır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Fakat son yıllarda Türkiye’de sosyal, kültürel, ekonomik açıdan ciddi bir dönüşüm yaşanmıştır. Geniş aileden çekirdek aileye geçiş, uzun süreli bakımda, bakım veren kişinin psikolojik ve duygusal olarak yaşadığı sıkıntılar ve bunun bakım kalitesine olan olumsuz etkileri ile, aile içerisinde bakım verenin sorumlu olduğu ekonomik ve yoğun çalışma hayatı gibi nedenler sebebiyle, uzun süreli bakım konusuna ailenin rolü gün geçtikçe zayıflamıştır (Özbabalık ve Hussein, 2017). Bunun sonucunda, ailede bakım verenlerin uzun süreli bakım aşaması boyunca, hem evde hem de kurumda devlet desteğine ve kurumsallaşmış hizmetlere daha çok ihtiyaç duymakta oldukları gözlenir. Bir başka açıdan ele alacak olursak, uzun süreli bakıma ihtiyacı olan kişilerin bağımlılık düzeyinin yüksek olması, kimsesiz olması, ailede hastadan sorumlu bireylerin sağlık bakımı ve bakım becerilerinin yetersiz kalması gibi hususlar, kurumsal bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır.

Türkiye’de uzun süreli kurumsal bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, kamu kurumları, belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve özel bakım kuruluşları tarafından oluşturulmakta ve yürütülmektedir.

Uzun süreli bakımı desteklemek amacıyla Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı ile İzmir, Eskişehir, Antalya, Aydın gibi 12 Büyükşehir Belediyesi de evde bakıma destek hizmeti çalışmalarını yürütmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Bunların yanı sıra, sivil toplum kuruluşlarının ve gönüllü çalışanların da, uzun süreli bakım konusunda bazı yapmış oldukları çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara katkıları bulunan sivil toplum örgütlerinden Türkiye Alzheimer Derneği’nin genel merkezi ve şubeleri yerel yönetimlerle iş birliği yaparak, Evde Bakım Yaşlı Hizmet Merkezi ile Gündüz Yaşam Evi hizmetlerini yürütmekte ve bununla birlikte “Yaşlı ve Alzheimer Hasta Bakımı Personel Eğitimi” çalışmalarını gerçekleştirerek, bakım verenlere hasta bakımı konusunda önerilerde bulunmakta, alzheimer hastalarını evde ziyaret edip bakım verenlerin zorlandıkları, yatağa bağımlı hastalara evlerinde ücretsiz hemşirelik ve hasta bakıcılığı hizmetleri sağlamaktadır (Url-6). Bu konudaki çalışmaların ilk örneklerini İstanbul, Mersin, Eskişehir ve Konya şubeleri vermiştir.

Alzheimer Hastası Yaşlı Gündüz Bakım Merkezlerinin oluşturulmasına ilişkin hukuki çerçevesini 2008 tarihli, “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”e göre almaktadır. Yönetmelik, yaşlılar için gündüzlü bakım hizmetler ve bu hizmet birimlerinde bulunacak olan personele ilişkin belirtilen usul ve esaslar konusunda kapsayıcıdır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye Demans Bakım Modeli Raporu (2017)’na göre, ülkemizde yaşlılara hizmet verilirken, alzheimer hastaları için özel bir ayırım yapılmamıştır. Buna karşın, huzurevlerinin bazılarında kat ya da bölümlerin alzheimer hastalarına ayrılmış olduğu bilinmekle birlikte sayısal veriler henüz net değildir. Çok sayıda yaşlı bakım evi ve huzurevi olmasına karşın, yalnızca Alzheimer hastalarına özel hizmet veren bakım evlerinin sayısı her geçen gün artsa dahi, alzheimer hastalığı ile mücadele eden hasta sayısı düşünüldüğünde, kurum sayısı yine de oldukça yetersiz kalmaktadır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi, alzheimer hastalarına ilişkin bakım evi açma çalışmaları son yıllarda yerel yönetimler ve alzheimer ile ilgili sivil toplum örgütleri tarafından yapılırken, özel ve bazı kurumsal huzurevleri binalarının, bazı bölümlerini alzheimer hastalarına ayırdıkları gözlenir (Özbabalık ve Hussein, 2017, s.38-39).

Türkiye’deki mevcut farklı kurumlara ait bazı alzheimer bakım evleri;

- İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü Huzurevi (1998) – Alzheimer hastalarına özel bakım birimleri bulunmaktadır. Birbirinden farklı seviyelerde hastalığa sahip 224 alzheimer ve demans hastasına ev sahipliği yapmaktadır (Url 13).
- İstanbul – Türkiye Alzheimer Derneği Gündüz Yaşam Evi ve Evde Bakım Yaşlı Hizmet Merkezi (2011) – İstanbul Şişli Belediyesi işbirliğiyle Türkiye Alzheimer Derneği tarafından Şişli/İstanbul’da kurulan gündüz bakım merkezi hasta ve bakım veren hasta yakınlarına haftanın beş günü ücretsiz olarak hizmet vermektedir (Url 14).
- Aydın Nazilli Belediyesi Alzheimer Hastaları ve Aileleri İçin Buluşma ve Danışmanlık Merkezi (2011) – Altı yıldır hizmet veren alzheimer gündüz bakım merkezinde hastalar, sabah 08:00’da merkez tarafından sağlanan özel servis araçlarıyla alınıp, akşam saatlerinde 16.00’da merkezden alarak evlerine bırakılıyor ve günlük ortalama 18-20 hastaya bu alanda hizmet verilmektedir (Url 15).
- Konya Karatay Belediyesi Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi (2016) – Türkiye Alzheimer Derneği’nin desteğiyle Karatay Belediyesi tarafından yapılan bu yeni gündüz bakım merkezi binası alzheimer hastaları ve onların özel ihtiyaçlarına göre tasarlanması nedeniyle Türkiye’de bir ilk olmuştur. Merkez aynı zamanda dernek binası olarak ve hasta yakınlarına eğitim seminerleri düzenleyerek de hizmet vermektedir (Url 16).
- Eskişehir Tepebaşı Belediyesi Alzheimer Konuk Evi (2014) - Tepebaşı bölgesi Aşağısöğütönü Mahallesi'nde "Yaşam Köyü" olarak bilinen, TOKİ’den arsa karşılığı alınan 54 villada oluşturulmuş olan alan, Alzheimer hastalığı, engelli yaşlılar ve sağlıklı yaşlanma konularında Türkiye’de ilklerden biri olmuştur. Tesis, Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir şubesi kontrolünde, alzheimer hastalarına yönelik sağlık ve yatılı bakım hizmetleri vermektedir (Url 17).
- Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi (2016) – Türkiye Alzheimer Derneği Mersin şubesinin desteğiyle “Bir tuğla da siz koyun” sloganıyla başlatılan kampanya çerçevesinde toplanan bağışlarla ve inşaatı üç yıl süren zorlu bir çabayla

bitirilen yaşlı bakım merkezi bünyesinde dört farklı ünite barındırmaktadır. Bunlar; Gündüz bakım evi, Sürekli bakım merkezi, Evde bakım birimi, Aktif yaşlanma birimi (Url 18).

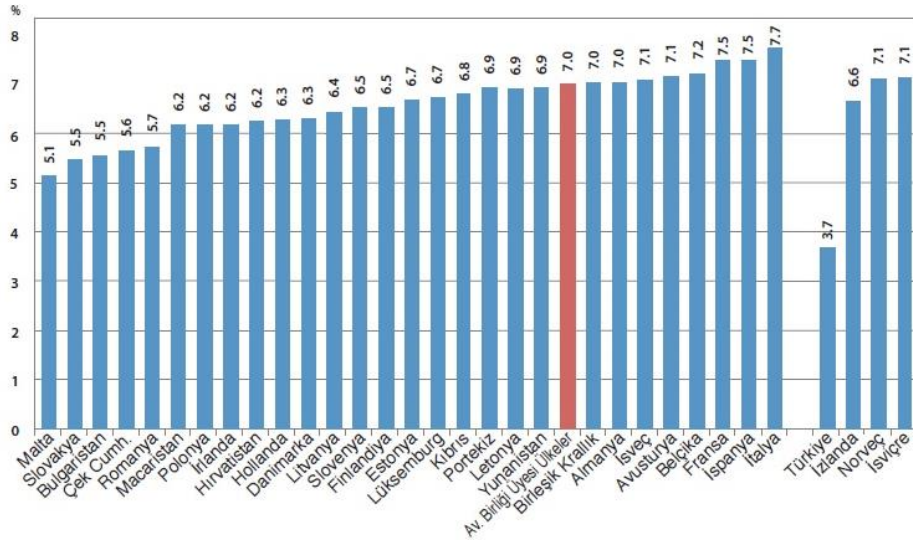
- İstanbul Kadıköy Belediyesi Alzheimer Merkezi ve Sosyal Yaşam Evi (2017) -Türkiye Alzheimer Derneği'nin danışmanlığı eşliğinde kurulan merkezin ilk katında Alzheimer hastalarına hizmet verilirken ikinci katı sağlıklı yaşlılık dönemi geçiren yaşlı bireylere hizmet vermek amacıyla Sosyal Yaşam Evi olarak kullanılmaktadır (Url 19).

Türkiye Nüfus İstatik 2017 çalışmalarına bakıldığında da görüleceği üzere, ülkemizde hızla artan yaşlı nüfus ile ilgili “Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” yapılmasına rağmen alzheimer hastalarına yönelik sağlık politikaları henüz yetersiz kalmaktadır. Alzheimer hasta bakımı ve bakım verenlere yönelik destek programları ile evde sağlık hizmeti verilmesi ve bakımveren hasta yakınlarının ihtiyaçlarına karşı daha hassasiyetli davranılıp sağlık ve sosyal politikalarında mutlaka yer verilmelidir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

İlk defa, 2017 yılında yayınlanmış olan Türkiye Demans Bakım Raporu'nun amacı, ülkemizde yaşayan demans hastalığına sahip bireylerin ve ailelerinin desteklenmesi ve bu çerçevede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın desteği ile, bu konudaki mevcut alandaki ihtiyaca karşılık getirilen öneriler çerçevesinde oluşturulmaya çalışılan *‘Türkiye’de Yaşayan Demans Hastaları İçin Geliştirilen Bakım Modeli’* önerisi sunmak olmuştur (Özbabalık ve Hussein, 2017).

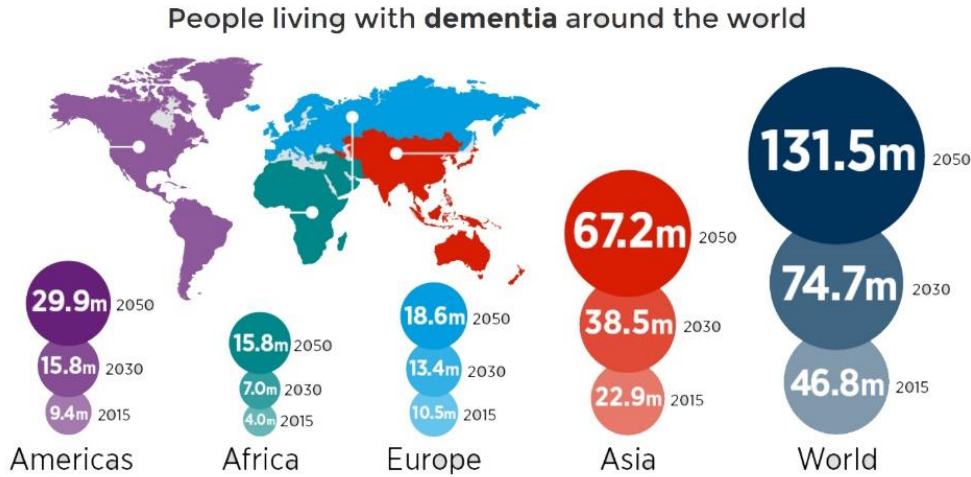
4.2 Alzheimer Hastalarının Yaşadığı Uzun Süreli Bakım Merkezleri İçin Yenilikçi Tasarım Yaklaşımları

2009 yılı itibarıyla, Avrupa Birliği Üye Devletlerinde 60 yaş ve üzerinde 6,8 milyon bireyin demans hastası olduğu tahmin edilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017). Şekil 4.1’de de görüleceği üzere 60 yaş ve üzeri popülasyonda en yüksek prevalansın yüzde 6,3 ile yüzde 6,6 aralığıyla İtalya, Fransa, İspanya, İsviçre ve İsveç’de gözlemlendiği dikkat çekmekte olup buna karşılık, Bulgaristan, Malta, Çek ve Slovakya Cumhuriyetleri, Eski Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti, Romanya ile Karadağ ve Türkiye’de bu rakam %5’in altında olduğu görülmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).



Şekil 4.1 : Avrupa’da 60 yaş ve üzeri popülasyonda demans prevalansı, 2012 (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Demans hastası bireylerin sayısı hâlihazırda yüksek oranda olduğundan ve gelecekte de artması beklendiğinden (Şekil 4.2), birçok ülkede demans sağlık politikası açısından öncelik kazanmıştır (Özbabalık ve Hussein, 2017).



Şekil 4.2 : Dünya Alzheimer Raporu 2015 – Dünya genelinde demans hastası istatistiki veriler (<http://www.worldalzreport2015.org/>).

Ulusal politikalarda genellikle erken teşhisin geliştirilmesi demans hastalarına yönelik bakım kalitesinin artırılması, ve bakım veren bireylerin desteklenmesine yönelik tedbirlere yer verilmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Dünya alzheimer raporunda, alzheimer bakım hizmetlerin bir yanda ilgili kuruluşlar ve birinci basamak sağlık ve bakım servisleri, diğer yanda ise evde ve toplumda bakım tesisleri aracılığıyla sunulması hedefi yer almaktadır (World Alzheimer Report 2016).

Avrupa’da, demanslı kişiler için sağlık bakımı veya bütünleşik sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinden ziyade gayriresmi bakım dâhil olmak üzere, sosyal bakım hizmetlerinin sunumuna odaklanılmaktadır (World Alzheimer Report 2016).

Ülkemizde, 2017 sonlarında yayınlanan Demans Bakım Raporu’nda Avrupa’da değişik refah modellerini temsil eden Avrupa ülkelerinde demansa yönelik uygulanan bakım modellerine ve hizmetlerine yer verilmiştir. Bunlardan bazıları;

- Hollanda “Özel Kuruluş Modeli”ni temsil etmektedir. Hollanda’da uygulanan bakım modelinde, hasta bakımı neredeyse tamamen ulusal sigorta sisteminden finansı yapılan bir bireysel poliçe sistemine dayanmakta iken,
- Birleşik Krallık’ta ise, ‘kalıntı modeli’ denilen bir model uygulanmaktadır. Uygulanan bu modelde, toplumun en hassas kesimlerini hedef alan bütçe hesaplamalı hizmetler ve yardımlar kullanılarak devletin kısmi finansmanından yararlanır ve hizmetlerde, başta özel sektör olmak üzere piyasanın önemli rolü öne çıkar (Özbabalık ve Hussein, 2017).

4.2.1 Hollanda’da demans bakım planı

Hollanda’da demans bakımı, devlet tarafından ulusal eylem planıyla desteklenmekte ve demansa sebep olan etkenleri, tedavi yöntemlerini araştırmaya yönelik çalışmalar için yüksek fonlar ayrılmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017, s.72). Hollanda’da ihtiyaç duyulduğunda gerekli bakım hizmet birimlerinin var olmasının yanı sıra bakım verenin ve ailenin öneminin farkında olunup zorunda kalınmadığı müddetçe yaşlılara evde bakımı ve yaşlanmayı mümkün oldukça uzatmak isteyen programlar uygulanmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017, s.72).

2013 yılında, Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı demansa sahip bireylerin sayısında beklediği artışı sınırlandırmak amacıyla, 2017 yılına kadar demans ile mücadelede 32.5 milyon Euro ayıracağını açıklamış ve ayrılan bu fonun “Deltaplan Demans” adı verilen bir düzenleme için olduğunu belirtmiştir (Url-7).

Deltaplan Demans kooperatifi, özel ve kamu işbirliği içerisinde çalışan Hollanda ‘nın demans sorununu ele alan ve yöneten ulusal platformudur (Url-7). Kuruluşun varoluş amacı, bilim, araştırma, sağlık kurumları, hasta organizasyonu, sağlık sigortası, eğitim ve işletme alanındaki üye kuruluşlarıyla birlikte, demans hastaları ve aileleri için daha iyi yaşamlar ve demansın etkilerine karşı bir engel oluşturmaktır.

Deltaplan Demans'ın hedeflerinden diğeri ise, ulusal stratejilerinin yanında uluslararası işbirliğine odaklanmaktır (Url-7).

Deltaplan Demans programını özetlemek gerekirse;

- Sekiz yıllık bir programdır (2013 - 2020),
- 2017 yılına kadar 85 milyon Euro kaynak sağlandı,
- 80'den fazla farklı araştırma projesi üzerinde çalışan, özel bir demans araştırması ve inovasyon programı çalışmasına sahip,
- Günümüzde, hastaların mümkün olduğu kadar evde yaşamaya devam edebilmelerini, profesyonel bakım almalarını ve bakım verenlerin desteklenmelerini sağlamak için sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi amaçlamakta,
- Ayrıca, demans dostu bir toplum oluşturmayı teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Url-7).

Hollanda'da, ilk evrelerde olup, hafif bakım ihtiyaçları olan kişilerin mümkün mertebede kendi evlerinde yaşamlarına devam etmesini sağlamak için çeşitli inisiyatifler geliştirilmiştir. Bunlar, yardımcı teknolojiler, tele-bakım hizmetleri, çevrimiçi video bağlantıları, akıllı evler, yaşam daireleri, dairelerde ortak yaşam ve bakım köyleri olarak örneklenebilir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

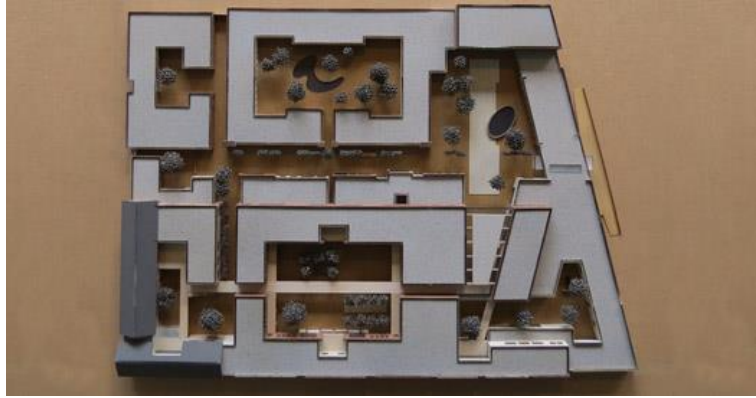
Hollanda'da, demanslı kişilerin yaşam kalitesinin artması için daha çok ev gibi, normal ve keyifli bir yaşam sürmeleri amacıyla tasarlanmış, yatılı evlere ilişkin örnekler de bilinmektedir. Hastanın olabildiğince bağımsız yaşamasını uzatmak, bunun yanı sıra 24 saat bakım hizmeti sunmak üzere tasarlanmış ve hayata geçirilmiş, yenilikçi yatılı komplekslere örnek olarak Amsterdam'da bulunan Hogeweyk tesisi verilebilir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Hollanda Hogeweyk Demans Köyü:

Hogeweyk köyü, Amsterdam'ın güneydoğusunda 20 dakika uzaklıkta bulunan Weesp tepesinin yamacında yer almakta olup demans hastaları için 23 evden oluşan özel olarak tasarlanmış bir köydür (Url-8). Kompleks Hollandalı mimarlar Molenaar & Bol & VanDillen tarafından tasarlanmıştır (Şekil 4.3). Yıllarca alzheimer hastalarıyla çalışan, onlara bakım veren Yvonne van Amerongen'nin süreç içerisinde mimarlara fikirsel açıdan destek olduğu bilinmektedir (Url-9). Hogeweyk'te açılan tesis, yaşam tarzlarına göre farklılaşmış olan yedi farklı hizmet birimi sunar. Bu birimlerde, önceki

dönemlerde benzer yaşam tarzlarını paylaşmış olan yaşlılar birlikte yaşamakta olmasıyla birlikte bu köyün çalışanları, yaşlıların normal hayatını kolaylaştırmayı hedefleyen, sosyal gruplarda birey merkezli faaliyetleri destekleyen sağlık profesyonelleri ve gönüllülerden oluşmaktadır (Tank, 2014).

Hogeweyk, köyün sakinlerine maksimum mahremiyet, bağımsızlık ve çeşitli imkânlar sunmaktadır. Köyde hastaların güvenle gezebileceği sokaklar, bahçeler ve bir de park bulunmasının yanı sıra, günlük yiyeceklerin hazırlandığı süpermarket, restoran, bar ve tiyatro yapıları bulunmakta ve bu yapılar çevresindeki mahallelerin sakinleri tarafından da kullanılabilir (Url-8).



Şekil 4.3 : Hollanda, Hogeweyk Köyü, Maket Üst Görünüş (Url-8).

Hogeweyk, sadece binalardan oluşan bir bakım tesisi değil aynı zamanda kendi kendine yetebilen, müstakil bir köy. Hogeweyk köyünün (Şekil 4.4) tasarım sürecinde kamusal alanlar ve evlerin etrafını çevreleyen ortak alanlar önemli bir yere sahip olmuştur ve bu alanların tasarımında, köylerde ve şehirlerde bulunan hastalara geçmişlerinden tanıdık gelebilecek nitelikte objelere yer verilmiştir (Url-8).



Şekil 4.4 : Hogeweyk Köyü, Hollanda (Url-8).

Hollanda’da bulunan bu köy demans rahatsızlığı yaşayan sakinlerine, kompleksin içerisinde serbestçe dolaşmalarına imkân sağlamakta, bir başka deyişle, hasta bireyler kaldıkları yerde istedikleri gibi dışarı çıkabilmekte, ama yine de korunan ortamlar içerisinde kalmaktadırlar (Tank, 2014).

Kompleks çeşitli dış mekânlar açısından çeşitlilik göstermekte ve her birinin farklı bir amacı bulunmaktadır. Sokak tiyatrosu için tiyatro meydanı, bulvar boyunca dükkanların yanı sıra bir açık hasta bakım tesisi ve fizik tedavi merkezi yer alır (Url-8). Peyzaj mimarları tarafından tasarlanan çeşitli park, bahçe ve yeşil alanlar Şekil 4.5 ve Şekil 4.6’da görüldüğü gibi sakinlerin refahını çeşitli şekillerde teşvik ederler.



Şekil 4.5 : Hogweyk köyü kamusal alanı, Yeşil alan (Url-8).



Şekil 4.6 : Hogweyk köyü kamusal alanı, Vijver Park (Url-8).

Köyün yarısı açık alanlardan oluşmakta olup, bir kaldırım kafesi (Şekil 4.7), bir restoran, bir sinema-tiyatro, bir süpermarket (Şekil 4.8) ve bir kuaför yer almakta ve demans teşhisi koyulmuş olan 152 sakini, altı ila sekiz kişilik gruplar hâlinde 23 küçük evde, bu kamusal alanlara sahip, onların özel ihtiyaçları için tasarlanmış olan komplekste yaşamaktadır (Url-8).



Şekil 4.7 : Hogeweyk Köyü, Kafe (Url-8).



Şekil 4.8 : Hogeweyk Köyü, Süpermarket (Url-8).

Hogeweyk Köyü – İç Mekân Tasarımı:

Demansı olan insanlar çoğu zaman bilmedikleri mekânlarda, renklerle ve hatta dekorla mücadele etmektedirler. Hogeweyk köyünde ise, bireylerin normları ve değerlerinin yaşam tarzlarının temel taşı olduğu göz önünde tutulmuş ve iç mekân tasarımı bunlara göre şekillendirilmiştir (Tank, 2014).

Hollanda nüfusunun değerleri ve düşünce yapılarındaki bilgilerle kriterlere dayanarak, aynı sosyal değerleri ve benzer yaşam tarzlarını paylaşan yaşlı insanlar gruplandırılmıştır (Tank, 2014).

Bunun sonucunda, Hogeweyk demans bakım köyünde yedi farklı yaşam tarzı profili oluşturulmuş ve daireler bu farklı tarzlara göre sınıflandırılmış olmakla birlikte her daire, eşyaları ve mobilyalarına kadar belirli bir yaşam tarzına hitap ederek farklılaştırılmıştır (Url-9).

1- Zanaatkar (Artisan) yaşam tarzı

Bu yaşam tarzındaki sakinler, geçmişlerinde uğraştıkları meslekleriyle gurur duymakta ve çoğunlukla ticaret ya da marangozluk gibi zanaat işleriyle uğraşmış olan yaşlı bireylerdir (Url-8). Evin genel atmosferi geleneksel, düzenli, rahat ve “ev gibi” hissi verilerek oluşturulmaya çalışıldığı belirtilmiştir (Şekil 4.9). Bu yaşam tarzında kalan bireylere sunulan yemeklerin Hollanda’nın geleneksel yemekleri olduğu gibi ifadelerle yer verilmiştir (Url-8).



Şekil 4.9 : Hogeweyk Köyü, Zanaatkar yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).

2- Din ağırlıklı yaşam tarzı

Dini vecibeler ve inancın temsili bu yaşam tarzının merkezinde olduğu bir mekânsallığın oluşturulduğu gözlenir. Dua etmek, şükretmek, dini müzik dinlemek ve düzenli kilise ziyaretlerinde bulunmak bu yaşam tarzının sahip evlerde yaşayan yaşlı bireylerin gerçekleştirdiği etkinliklerdendir olduğu belirtilmiştir (Url-8).

3- Kültürel yaşam tarzı

Sanat, kültür ve edebiyat bu yaşam tarzı için önemli değerler olurken bu yaşam tarzına yakın sakinler daha çok kitap veya gazete okumaktan hoşlanmakta ve sosyal etkinlik olarak tiyatroya, filmlere, müzelere ve konserlere gitmekte olduğu belirtilmiştir (Url-8). Bunların yanı sıra bu yaşam tarzı ile misafir edilen bireylerin arasında eşitlik ve birbirlerine saygı duymaları önemli olduğu bildirilen ifadelerden biridir (Url-8).

4- Gooise yaşam tarzı

Hollanda’nın Gooi bölgesi genellikle üst sınıf ve zengin insanlarla çağrışım yapmaktadır. İsmi bu çağrışımından alan evde ikamet eden yaşlı bireyler görünümüne dikkat ettiği üzere, evin içi de klasik ve zevkli bir atmosfere sahiptir. Bu yaşam tarzında klasik müzik konserlerine düzenli ziyaretler yapılmaktadır (Url-8).

5- Ev gibi yaşam tarzı

Bu yaşam tarzını tercih eden insanlar için buraya gelmeden önceki hayatlarında aile ve ev işlerin her zaman önemli olduğu aktarılır (Url-8). Bu konseptte amaç, “ev gibi” ve “sıcak” bir atmosfer oluşturularak kalan yaşlı bireylerin kendilerini rahat hissetmesini sağlamaktır (Url-8).

6- Endonezya yaşam tarzı

Bu yaşam tarzına sahip bireyler geleneklerine bağlı, nostaljiyi seven yaşlılardır. Videolar, fotoğraflar, müzik ve tütsü aracılığıyla Endonezya’nın yaşam kültürü konsept içerisinde bu evlerde kalan bireylere hissettirilmeye çalışılmıştır (Şekil 4.10). Hep birlikte yemek yemek bu yaşam tarzının önemli bir parçası olduğu belirtilmiştir. Asya pazarı ve Endonezya topluluğuna düzenli geziler yapılmaktadır (Url-8).



Şekil 4.10 : Hogeweyk Köyü, Endonezya yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).

7- Kentsel yaşam tarzı

Bu ev konseptini tercih eden yaşlıların ortak karakteristik özellikleri, dışa dönük, paylaşımcı, sosyal aktivitelere katılmaya istekli kişiler olduğu belirtilmiştir (Url-8). Evin içerisi bu niteliği yansıtarak canlı bir atmosfere sahip olmaktadır (Şekil 4.11). Ev içerisinde okuma, oyun oynama gibi, dışarıda ise hayvanat bahçesine, eğlence parklarına ve tiyatroya çeşitli etkinliklerin düzenlendiği aktarılmaktadır (Url-8).



Şekil 4.11 : Hogeweyk Köyü, Kentsel yaşam tarzına sahip konuttan bir iç mekân görüntüsü (Url-8).

4.2.2 Birleşik Krallık'ta demans bakım planı

Birleşik Krallık'ta alzheimer hastalarının bakımı için çoğunlukla evde bakım hizmeti tercih edilmesinin yanı sıra, Alzheimer Derneği'nin yayınlamış olduğu raporda da alzheimer hastalarının çok büyük çoğunluğunun kendi evlerinde bakım almak istedikleri tespit edilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017). Fakat, görünen tabloya bakıldığında bireylerin bu durumu evde yalnız başlarına geçirmekte problem yaşadıkları, sonunda ise kurumsal bakıma ihtiyaç duyarak bakım evleri veya hastanelere geçiş yaptıkları görülmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Birleşik Krallık'ta kurumsal bakım hizmetleri üç farklı türde sunulmakta olmakta olup, bunlar; yatılı bakımevleri, huzurevleri ve hastane hizmetleri olarak aktarılır (Özbabalık ve Hussein, 2017). Aynı zamanda uzun süreli bu bakım hizmetleri, sağlık kurumları, yerel konseyler, gönüllü kuruluşlar ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017). Yatılı bakımevlerinde konsept düzeyinden başlamak üzere, en detaya kadar ev benzeri bir ortamın yaratılmasıdır. Buna uygun olarak seçilen yumuşak ve rahat oturma alanı vb. mobilyalar, ahşap zemin kaplamaları vb. malzemeler ile avlu ve bahçe gibi elemanlar kullanılarak insanların kendilerini evlerinde gibi hissetmelerine yardımcı olmak amaçlanır (Özbabalık ve Hussein, 2017). Ayrıca, uyarıcı stimülasyonları azaltmak için, açık ve net uyaranlar kullanılarak, yeterli aydınlatma ve pastel renklerle hastaların kendilerini güvende ve sakin hissetmeleri sağlanmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

İngiltere, kendi Alzheimer Derneği ile birlikte yürüttüğü ilk ulusal demans stratejisini 2009 yılında, 'Demasla İyi Yaşamak' adıyla başlattığı planla ortaya koymuş ve üç anahtar kelimeyi; '*Gelişmiş Farkındalık*', '*Erken Tanı ve Müdahale*', '*Yüksek Bakım Kalitesi*' ilke edinerek, yaş, sosyal statü, etnik kökene bakılmaksızın alzheimer hastası bireylerin tüm ihtiyaçlarının karşılanması yönünde karar verilmiştir (Url-10). Yayımlanan bu demans bakım planını takiben, Mart 2012 ve son olarak Haziran 2014 tarihinde Ulusal Demans Strateji planı yayınlamış olan İngiltere, tanı ve teşhis sonrasında destek ve hizmetlerin devreye alınması için yeni ve uzun vadeli bir yol izleme çağrısında bulunmuştur (Url-10).

İskoçya ise, ilk Ulusal Demans Stratejisi'ni 2010 yılında üç yıllık olarak yayınlamasının ardından, 2013 yılında 2013-2016 yıllarına yönelik, 2017 yılında ise 2017-2020 yıllarına yönelik üç yıllık Ulusal Demans Strateji politikalarını yayınlamıştır (Url-11).

O döneme kadar önemli ilerlemeler sağlanmasının yanı sıra, yayınlanan üçüncü Ulusal Demans Stratejisi'nde (2014) tanı ve tanı sonrası kaliteli destek için çeşitli modeller ile, toplumdaki bakım koordinasyonunu sağlamaya yönelik farklı modellerin de dâhil olarak toplam 21 alt yönerge yayınlanmıştır (Url-11). Bunlara ek olarak, stratejik plan akut hastalar için faaliyet veren hastaneler ile uzmanlaşmış demans merkezleri ve bakım evlerini geliştirmek üzere yapılacak çalışmaları da destekler. Öte yandan yine aynı stratejik plan kapsamında, kişilerin ve bu kişilerin ailelerinin yani onlara bakım verenlerin de desteklemesine yönelik için önemli maddelerin olduğu gözlenir (Url-11).

İskoçya'da Stirling Üniversitesi'nde bulunan Demans Hizmeti Geliştirme Merkezi demans hastalarının bakımı hakkında çeşitli araştırmalar ve yayın yapmakla birlikte, 2013 yılında demans hastaları için mekân tasarımının nasıl olması gerektiği yönünde bir kitapçık yayınlamıştır. Tüm bunların yanı sıra, merkezin alzheimerla ilgili düzenli olarak eğitimler düzenlediği bilinmektedir (DSDC, 2013). Demans hakkında yoğun çalışmalarda bulunan bu merkez, multidisipliner klinik uzmanları, mimarlar ve tasarımcılardan oluşan bir grupla birlikte demans hastalarına destek olmak için araştırmalar yapmakta, kanıta dayalı tasarım (evidence based design) yöntemini kullanarak deneylerini sürdürmektedir (DSDC, 2013).

Şekil 4.12'de Stirling Üniversitesi'ne bağlı bu merkezin, geliştirmiş olduğu önerilere göre hazırlanmış olan iç mekân tasarımları ile stimülasyonlar ve kullanıcı ürünlerinden bazıları yer almaktadır.



Şekil 4.12 : İskoçya'da bulunan alzheimer bakımevlerinden iç mekân tasarımına ait bazı görsellerden oluşturulmuş kolaj (Şahin, 2018).

Çizelge 4.1 : Ülkelerin yıllara göre yayınlamış oldukları demans raporları.

İngiltere	2009 Ulusal Demans Stratejisi	2012 Başbakanlık Demans Mücadelesi	2014 APPG Demans Raporu
İskoçya	2010-2013 Ulusal Demans Stratejisi	2013-2016 Ulusal Demans Stratejisi	2017-2020 Ulusal Demans Stratejisi
Hollanda	2008 Hollanda Demans Stratejisi	2009 Hollanda Demans Stratejisi (Güncelleme)	2013-2020 Demans İçin Delta Plan
Türkiye	2017 Demans Bakım Model Raporu		

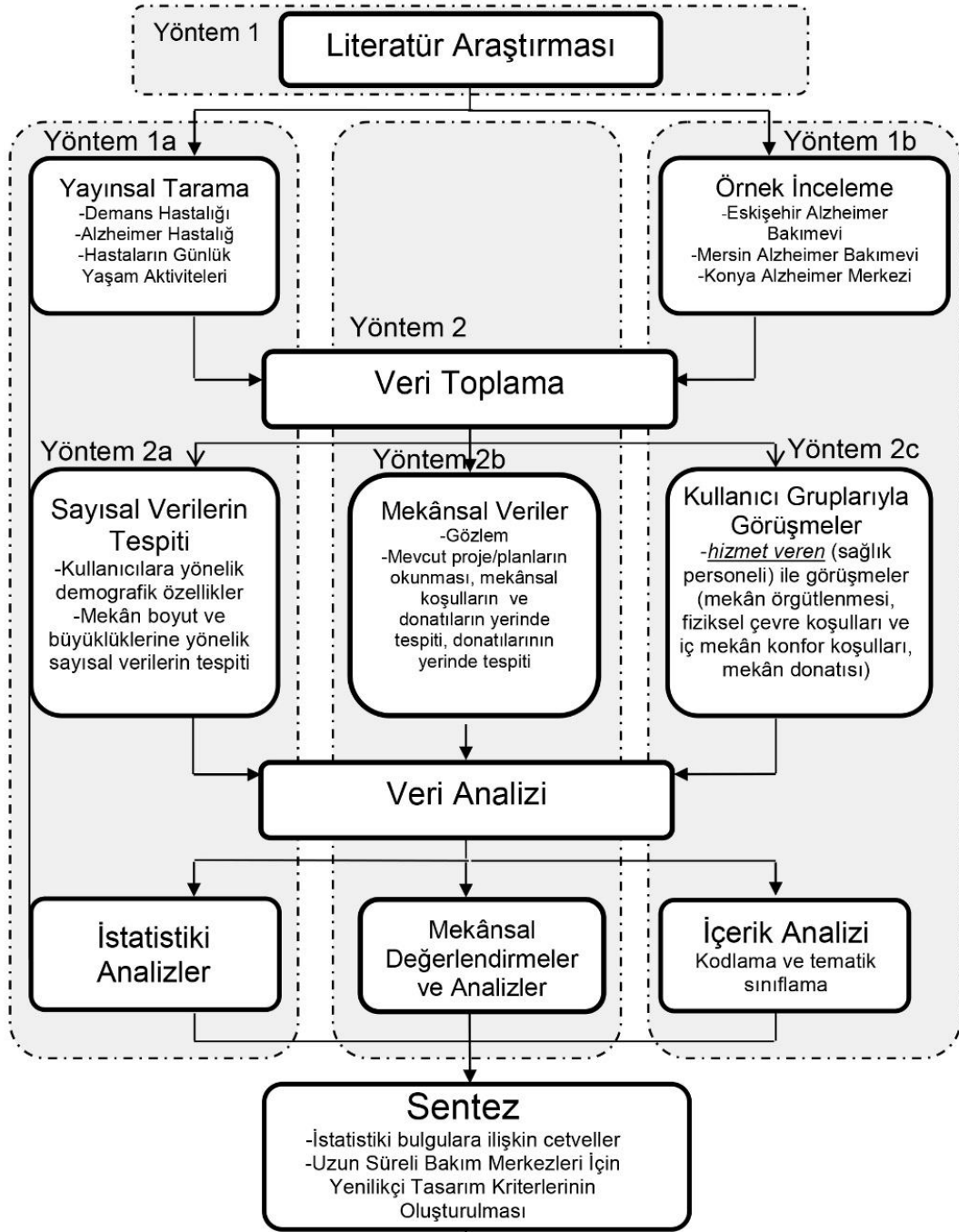
Çizelge 4.1’de örnek verilen ülkelerden İngiltere, İskoçya, Hollanda ve Türkiye’de alzheimer hastalarının bakımına ve bakım verenlere yönelik geçmişten bugüne kadar yayınlanmış olan stratejik planların yıllara göre karşılaştırması yapılmıştır.

4.3 Çalışma Modelinin Aktarılması ve Alan Çalışmalarının Tanımı

Söz konusu bu tez çalışması için tüm bu evrensel ve yerel gelişmeler ışığında geliştirilen alan araştırması, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin (Şekil 4.13) birlikte kullanılarak yürütüldüğü bir keşfedici araştırma modeli olarak tamamlanmıştır. Keşfedici araştırma modeli araştırma probleminin saptanması, probleme ilişkin değişkenlerin ve boyutlarının belirlenmesi amacıyla, araştırmacının ileriki araştırmalara yönelik hipotezler oluşturması, genel görüş ve deneyimlerini aktararak konuya dair bir anlayış oluşturulmaya çalıştığı bir araştırma modelidir (Kurtuluş, 2010, s.19).

Nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2006 s.39).

Nitel araştırmanın amacı konu hakkında derinlemesine bilgi edinmektir. Nicel araştırmada ise, olaylar arasındaki ilişkileri tanımlamak için sayısal veriler yardımıyla değerlendirmeler yapılır. Nicel araştırmanın araştırma problemi bellidir. Yıldırım ve Şimşek’in (2006) ifadesiyle, nitel ve nicel araştırmalar beraber kullanıldığı zaman birbirini tamamlayıcı sonuçlar verebilmektedir.



Şekil 4.13 : Araştırma yöntemi diyagramı.

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak, iki farklı yol izlenmiş, ilk aşamada örneklem grubuna ait sosyo-demografik veriler elde edilmesi amacıyla kişisel bilgi formu hazırlanmış, öte yandan katılımcıların deneyimlerini derinlemesine tespit etmek için ise görüşme yöntemi tekniği kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinde görüşme, insanların geçmiş, şimdi ya da gelecekle ilgili tutum, görüş ve davranışları ile ilgili bilgi almak amacıyla yapılan bilgi toplama yöntemidir (Güler ve diğ., 2015).

Örneklem olarak seçilen merkezlerin, kullanıcı kitlesini oluşturan alzheimer hastalarının rahatsızlık dereceleri orta evre ve ileri evrede olması sebebiyle, hastalarla yaşanabilecek iletişim problemleri göz önünde bulundurularak, görüşmelere katılımcı olarak alzheimer hastaları yerine, onlara bakım veren sağlık ve bakım personellerinin gözlem ve objektif değerlendirmelerinin toplanması hedeflenmiştir. Yaklaşımın bir diğer sebebi ise, hastalığın getirdiği mevcut durumlardan dolayı alzheimer hastalarından sağlıklı yanıtlar alınamayacak olma riskidir. Araştırma sırasında görüşmede sorulacak sorular önceden belirlenmiş ve görüşme sırasında yanıtlar kaydedilmiştir.

Araştırma konusunda belirlenen üç ana başlığa göre sorular gruplandırılmış ve bu başlıklar daha detaylı araştırma soruları ile açıklanmış olarak toplamda 26 soru hazırlanıp görüşme yapılan kişilere yöneltilmiştir. Yarı yapılandırılmış açık uçlu bu görüşme sorularıyla sağlık personelinin hem kendi deneyimlerinden hem de hastaların tutum ve davranışlarına ilişkin yapmış oldukları gözlemlerden hareketle, mekân örgütlenmesi, iç mekân konfor koşulları ve iç mekân donatıları hakkında alzheimer hastalarının içinde bulundukları çevreyle etkileşimlerinin tespiti amaçlanmıştır.

Bilindiği gibi yarı yapılandırılmış görüşme, araştırmacı tarafından önceden belirlenen veya görüşme yapılırken ortaya çıkan temalara göre yeni soruların sorulabildiği nitel araştırmalarda kullanılan bir veri toplama yöntemidir (Güler ve diğ., 2015, s.113).

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde ise, öncelikle yapılan niteliksel araştırma kapsamında yapılan görüşmelerin ses kayıtları deşifre edilmiştir. Bu deşifrelerin her biri kodlama yöntemi ile bileşenlerine ayrılmıştır. Deşifreler üzerinde yapılan kodlamalar sonucunda frekans yüksekliğine göre, öne çıkan temalar tasarım kriterlerinin belirlenmesinde veri olarak ele alınmış ve bulgulara ulaşılmıştır.

Katılımcılar görüşmeye alınmadan önce araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve görüşme yapılan kişilere onam formu imzalatılmıştır.

Bu çalışma için İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Deneyleri etik kurulundan 27.11.2017 tarihinde onay alınmıştır.

Çizelge 4.2 : Alzheimer merkezleri örneklem demografik bilgileri.

Görev/Konum	Kullanıcı Kodu	Doğum Tarihi	Cinsiyet	Eğitim	Meslek	Medeni Hal	Semt
Sağlık Personeli	EAMSP01	1997	Kadın	Lise	Acil Tıp Teknisyeni	Bekar	Odunpazarı
Sağlık Personeli	EAMSP02	1965	Kadın	Tıpta Uzmanlık	Nöroloji Uzmanı	Evli	Tepebaşı
Sağlık Personeli	EAMSP03	1977	Erkek	Üniversite	Hemşire	Evli	Tepebaşı
Sağlık Personeli	EAMSP04	1963	Kadın	Ortaokul	Kurucu Müdür	Evli	-
Sağlık Personeli	EAMSP05	1992	Erkek	Üniversite	Hemşire	Bekar	Tepebaşı
Sağlık Personeli	EAMSP06	1993	Kadın	Üniversite	Psikolog	Evli	Tepebaşı
Sağlık Personeli	EAMSP07	1965	Erkek	Lise	Yaşlı Bakım Elemanı	Evli	Tepebaşı
Sağlık Personeli	KAMSP01	1950	Erkek	Üniversite	Dernek Üyesi	Evli	Selçuklu
Sağlık Personeli	KAMSP02	1958	Kadın	Üniversite	Dernek Üyesi	Evli	Selçuklu
Sağlık Personeli	KAMSP03	1977	Kadın	Üniversite	Hemşire	Evli	Karatay
Sağlık Personeli	KAMSP04	1971	Kadın	Tıpta Uzmanlık	Nöroloji Uzmanı	Evli	Meram
Sağlık Personeli	KAMSP05	1997	Kadın	Yüksekokul	Yaşlı Bakım Teknikeri	Bekar	Karatay
Sağlık Personeli	KAMSP06	1992	Kadın	Üniversite	Hemşire	Evli	Selçuklu
Sağlık Personeli	MAMSP01	1971	Kadın	Üniversite	Yönetici	Evli	Mezitli
Sağlık Personeli	MAMSP02	1993	Kadın	Üniversite	Psikolog	Evli	Mezitli
Sağlık Personeli	MAMSP03	1993	Erkek	Üniversite	Fizyoterapist	Evli	Yenişehir
Sağlık Personeli	MAMSP04	1973	Kadın	Lise	Dernek Sekreteri	Evli	Mezitli
Sağlık Personeli	MAMSP05	1994	Kadın	Üniversite	Sosyal Hizmet Uzmanı	Bekar	Yenişehir
Sağlık Personeli	MAMSP06	1971	Kadın	Tıpta Uzmanlık	Nöroloji Uzmanı	Evli	-

Çalışma boyunca, araştırmaya katılan tüm bakım verenlerden yaş, öğrenim durumu, medeni durum, mesleki deneyim gibi demografik verilerin paylaşılması istenilmiştir (Çizelge 4.2). Toplanan demografik verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular, Çizelge 4.3’de tablo hâlinde gösterilerek, demografik verilere dair elde edilen bu bulgulara dayanarak açıklamalar ve yorumlar yapılmıştır.

Çizelge 4.3 : Sağlık personeli demografik tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	14	73,6
	Erkek	5	26,4
	Toplam	19	100
Yaş	20-30 Yaş	8	42,1
	31-40 Yaş	1	5,2
	40 Yaş üstü	10	52,7
	Toplam	19	100
Öğrenim Durumu	İlkokul	-	0
	Ortaokul	1	5,2
	Lise	3	15,8
	Üniversite	12	63,2
	Yüksek Lisans/Tıpta Uzmanlık	3	15,8
	Toplam	19	100
Medeni Durum	Evli	15	78,9
	Bekar	4	21,1
	Dul	-	0
	Boşanmış Veya Ayrı Yaşayan	-	0
	Toplam	19	100
Mesleki Deneyim	0-1 Yıl	6	31,6
	1-3 Yıl	6	31,6
	3-5 Yıl	1	5,2
	5-10 Yıl	1	5,2
	10 Yıl üstü	5	26,4
	Toplam	19	100,0
Hizmet İçi Eğitim	Alınmış	13	68,5
	Alınmamış	6	31,5
	Toplam	19	100,0

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre bakıldığında, 14'ü (%73,6) kadın, 5'i (%26,4) erkek olarak dağılmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur.

Katılımcıların yaş bilgilerine bakıldığında, 8'i (%42,1) 20-30 yaş arası, 1'i (%5,2) 31-40 yaş arasında, 10'u (%52,7) 40 yaş üzerinde olarak dağıldığı görülmektedir.

Katılımcıların öğrenim durumu değişkenine göre, 1'i (%5,2) ortaokul mezunu, 3'ü (%15,8) lise mezunu, 12'si (%63,2) üniversite mezunu ve 3'ü (%15,8) yüksek lisans/tıpta uzmanlık mezunu olduğu görülmektedir.

Medeni durum bilgilerine bakıldığında, katılımcıların 15'inin (%78,9) evli, 4'ünün (%21,1) bekâr olarak dağılmaktadır.

Katılımcıların hizmet içi eğitim alıp almadığı değişkenine bakıldığı zaman, büyük çoğunluğu oluşturan 13 kişinin (%68,5) hizmet içi eğitim aldığı, 6 kişinin (% 31,5) ise hizmet içi eğitim almadığı görülmektedir.

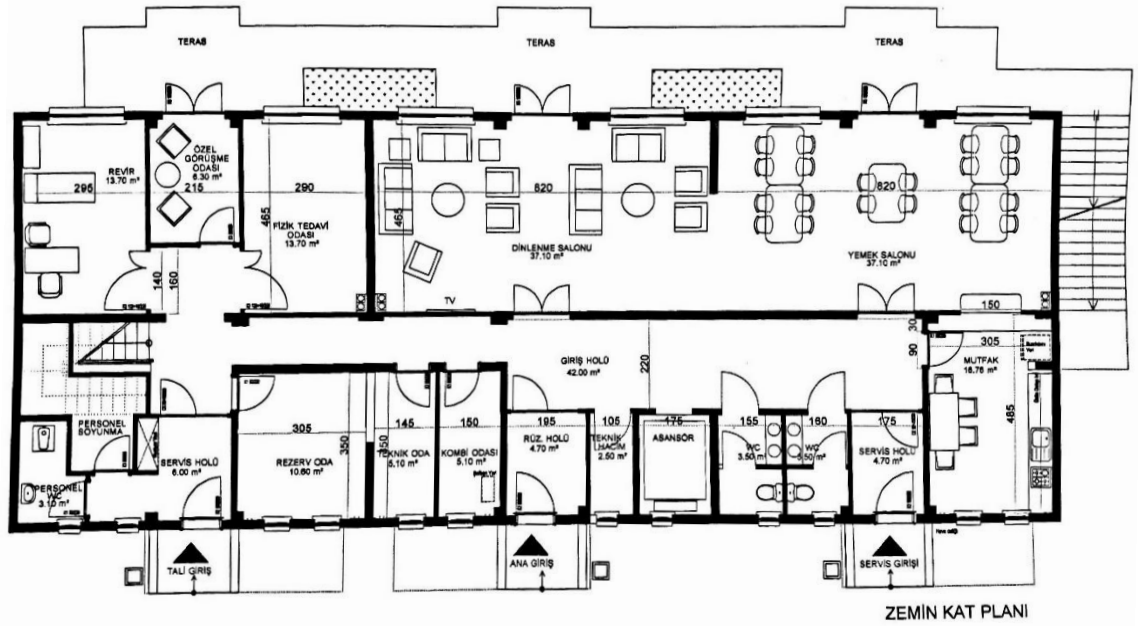
4.3.1 Alan çalışması 1: Eskişehir alzheimer konuk evi

Türkiye Alzheimer Derneği Eskişehir Şubesi ile Tepebaşı Belediyesi'nin birlikte yürütmüş oldukları ortak çalışmayla kurulmuş olan Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Tepebaşı Belediyesine bağlı Aşağı Söğütönü Mahallesi'nde akıllı şehir projeleri kapsamında oluşturulmuş olan Tepebaşı Belediyesi Yaşam Köyü içerisinde konumlanmıştır (Şekil 4.15). İlk olarak 2013 yılında hizmet vermeye başlayan konuk evi, Yaşam Köyü tesisi içerisinde bulunan iki birimde yatılı hastaları misafir etmektedir. Şehir merkezinden uzakta bulunan alzheimer konuk evinin bulunduğu yaşam köyüne, aynı zamanda toplu taşıma ile ulaşım sağlanabilmektedir.



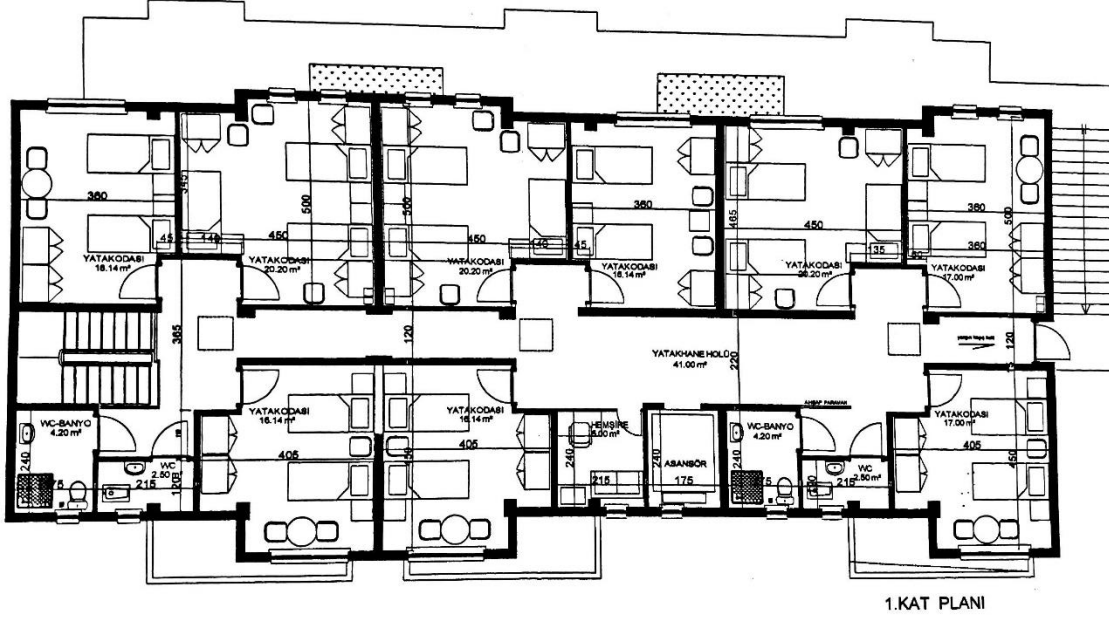
Şekil 4.15 : Eskişehir alzheimer konuk evi binası ek-1 (Şahin, 2018).

Yaşam köyü içerisinde konumlanmış olan bakım merkezi, müstakil iki katlı bir yapı olarak planlanmıştır. Kadın ve erkek olarak cinsiyete bağlı bir ayrımın uygulandığı ve birbirinin aynı iki ayrı birimden oluşan konuk evinin, her bir biriminin kapasitesi yaklaşık olarak 20 kişi olup, toplam kapasite ise 40 kişidir. İki katlı olan her bir birim için yapının giriş katınd,; hastaların kullanımına açık ortak kullanım alanı salon ve yemek yeme alanı ile mutfak, ortak kullanılan tuvaletler, idari personele ait ofis odası, fizik tedavi odası ve daha çok teknik hacimler yer alır (Şekil 4.16).



Şekil 4.16 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat planı (Arşiv).

Üst katta ise, 6 adet çift kişilik hasta yatak odası ile 3 adet üç kişilik hasta yatak odası olmak üzere toplamda 9 adet hasta yatak odası bulunmaktadır (Şekil 4.17). Şu anki mevcut durumda, hasta yatak odalarından bir tanesinin hasta dosyalarının ve güvenlik kameralarının bulunduğu hemşire odası ve ilaç odası olarak yeniden işlevlendirildiği gözlenmiştir. Hasta yatak odalarında özel banyo bulunmamakla birlikte, koridorun her iki ucunda kadın-erkek olarak ayrılmış, engelli standartlarına uygun olarak düzenlenen birer adet banyo ve birer adet tuvalet olmak üzere kata toplamda dört adet ıslak hacim bulunmaktadır. Sirkülasyon alanları ise genişlikleri bazı kısımlarda değişmesine rağmen, düz ve uzun formda olup, minimum 120 cm bırakılmasına özen gösterildiği ve tutunma bantları kullanıldığı gözlemlenmiştir.



Şekil 4.17 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Birinci kat planı (Arşiv).

Her iki birimde de, zemin katta bulunan ortak yaşam alanlarından, hastaların bahçeye doğrudan çıkışına imkân tanınmıştır. Bahçenin hastalar üzerindeki terapötik etkisi bilinmekle birlikte, hastaların yürüyüş ve spor yapabilecekleri alanlar ile merkezin bahçesinde hastaların sosyalleşebilmeleri ve etkinliklerini gerçekleştirebilmeleri için de üç adet ahşap kamelya yer almaktadır (Şekil 4.18).



Şekil 4.18 : Eskişehir alzheimer konuk evi arka bahçesi (Şahin, 2018).

Hastaların en yoğun olarak kullandıkları alan olan oturma alanı, büyüklüğü bakımından 37.10 m² olup, iç mekân atmosferi olarak geniş ve ferahdır. Dış mekânla iletişimini arttırmak amacıyla geniş cam boşluklar bırakılmış, bu sayede güneş ışığından da daha fazla faydanlanma imkânı sağlanmıştır. Mekânda genel olarak kullanılan mobilyalar ev tipi, rahat, yumuşak ve renkleri açık tonlardadır (Şekil 4.19).



Şekil 4.19 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat oturma salonu (Arşiv).

Yemek yeme alanı, mutfağa yakın olarak oturma alanının devamında, birbiri ile entegre olarak yer almaktadır. Hastaların yemeklerini grup hâlinde, birlikte yedikleri gözlemlenmiştir (Şekil 4.20).



Şekil 4.20 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Zemin kat yemek salonu (Arşiv).

Binada zeminde ve duvarda kullanılan genel malzemelere bakıldığında; antibakteriyel septik, kaydırmaz, parlak olmayan ve açık renklerdeki ürünlerin tercih edildiği görülmüştür. Duvar ve zemin renkleri birbirine yakın tonlardadır.

Genel olarak, tüm mekânlarda kullanılan aydınlatma düzeyi yeterli aydınlıkta ve kullanılan aydınlatma armatürlerinin sıva altı yahut tavana monte edilmiş elemanlar olduğu görülmüştür. Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, konumu itibariyle şehir merkezinden uzakta olduğundan, dış mekândan gelebilecek gürültü problemleri görece azalır. Yapıda merkezi ısıtmaya bağlı radyatörler kullanılmakta fakat önemli ihtiyaçlardan birini oluşturan havalandırma sistemi bulunmamaktadır. Havalandırma ihtiyacı için doğal havalandırma yöntemleri kullanılmakta olsa dahi, bu merkez içerisinde hastaların idrar kaçırma sorunundan kaynaklanan ağır bir kokunun oluşmasını çoğu zaman engelleyemediği gözlemlenmiştir.



Şekil 4.21 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Merdiven holü (Şahin, 2018).

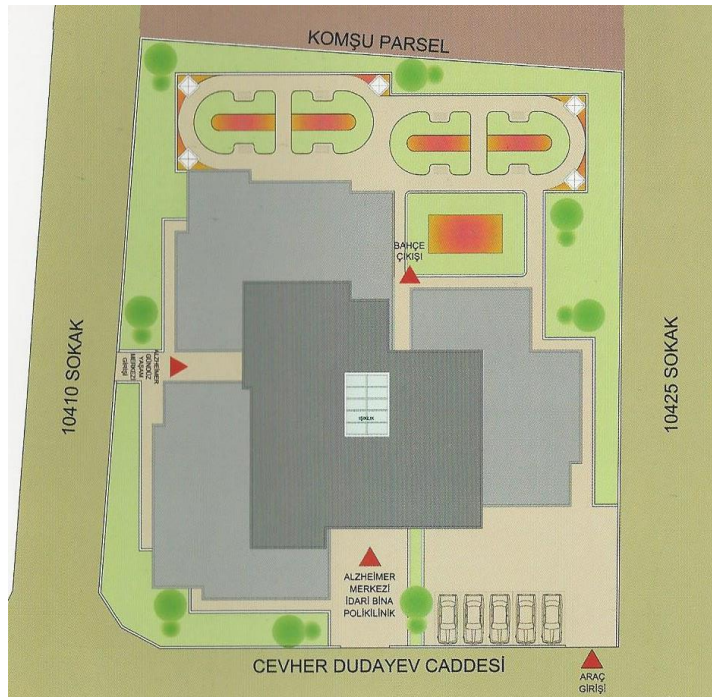
Şekil 4.22 : Eskişehir Alzheimer Konuk Evi, Üst kat merdiven girişi (Şahin, 2018).

İki kattan oluşan her bir birimde, hem merdiven hem de asansör ile üst kata ulaşım bulunmaktadır. Alzheimer hastalığının ileri evrelerinde hastaların derinlik algılarında bozulmalar meydana geldiğinden, merdiven bu hasta tipleri için tehlike oluşturmaktadır. Dolayısıyla, konuk evi yöneticileri bu durum için kendilerine göre tedbirler alarak, merdivenin önünü sirkülasyonu önleyecek şekilde bir kilitli sürgü kapı ile kapattıkları gözlenmektedir (Şekil 4.21 ve Şekil 4.22).

Binada kullanılan diğer güvenlik önlemleri ise izlenimci önlem türleri olup kameralar, kapaklı prizler, pencerelerde çocuk kilitleri gibi dolaylı tedbir olarak izlenir.

4.3.2 Alan çalışması 2: Konya alzheimer gündüz yaşam merkezi

Konya'nın Karatay ilçesinde Türkiye Alzheimer Derneği Konya Şubesi'ne bağlı bulunan ve Karatay Belediyesi'nin de desteğiyle kurulan 'Yaşlı Bakım, Eğitim, Uygulama ve Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi' ilk olarak 2016 yılında faaliyete geçirilmiştir (Url-6). Şehir merkezine belirli bir uzaklıkta olan merkez, genel olarak sakin bir bölgeye konumlanmıştır. Bu sayede, gürültünün hastalar üzerindeki olumsuz etkisi de minimize edilmiş olmaktadır. Hastaların, Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi'ne ulaşımını kolaylaştırmak amacıyla belediye tarafından servis hizmeti verilmekte, hastalar sabahları evlerinden alınıp akşamları tekrar evlerine bırakılmaktadır. Bunun yanı sıra, hasta ve hasta yakınları Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezine özel araçlarıyla veya toplu taşıma ile de gelebilmekte yahut yakınları tarafından getirilebilmektedir.

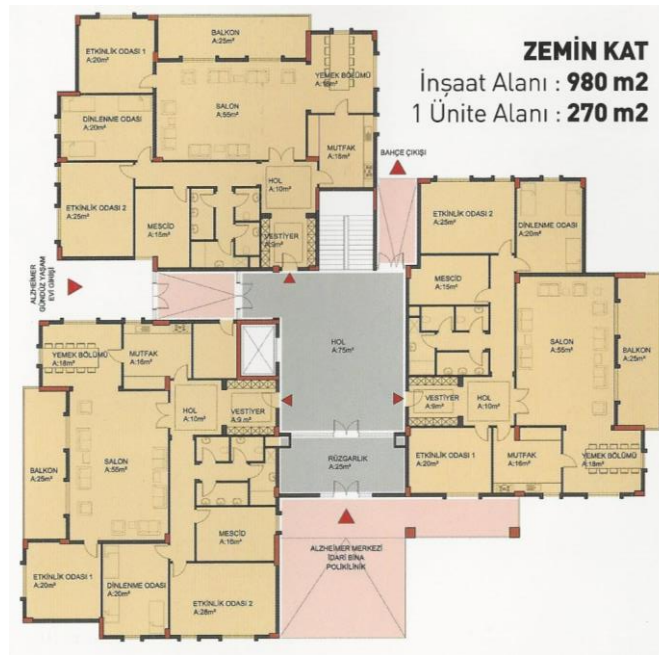


Şekil 4.23 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Vaziyet planı (Url-12).

1500 metrekare kapalı alanda kurulan yaşam merkezi, iki katlı olarak tasarlanmış olmakla birlikte, Cevher Dudayev caddesi ve 10410 sokaktan iki ayrı girişe sahiptir (Şekil 4.23). Binaya yaklaşırken, girişte merdiven ve yanında engelli erişimi için rampa bulunmaktadır. Yapının zemin katı alzheimer gündüz yaşam evi olarak

hastalara hizmet verirken, birinci katında ise, idari personel odaları, toplantı odası ve poliklinikler bulunmaktadır. Yapının arka tarafında hastaların üzerindeki terapötik etkisi sebebiyle geniş bir bahçe bulunmaktadır (Şekil 4.23). Bahçe içerisinde hem hastaların sosyalleşebilmesine imkân tanımak için oturma yerlerinin oluşturulduğu, hem de spor yapmaları için dairesel bir yürüyüş yolunun oluşturulduğu gözlenir.

Zemin katta toplam 980 m² alandan oluşan gündüz yaşam evi, merkezde bulunan giriş holünden dağılan, birbirine benzer ve her biri 270 m² alandan oluşan üç farklı birimi barındırır (Şekil 4.24). Bu üç birimin, yani üç farklı yaşam evinin her birinin kapasitesi yaklaşık 12 kişi olarak belirlenmiştir. Her bir birimde bulunacak mevcut hasta sayısının belirlenmesinde, alzheimer hastalarının kalabalıktan ve gürültüden ajite olmaları önem taşır. Hastalar için, kendilerini evlerinde hissettirmeye odaklı, aynı zamanda grup hâlinde sosyalleşebilecekleri çeşitli mekânların yaratılması amaçlanmıştır.



Şekil 4.24 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Zemin kat planı (Url-12).

Konya bölgesinin sosyo-kültürel yapısının etkili olduğu düşünülerek tıpkı Eskişehir’deki gibi cinsiyet ayrıştırmasının yapıldığı gözlenir. Bu kapsamda, kullanılan birimlerden biri kadın hastalara, diğerinin ise erkek hastalara tahsis edildiği ve kadın ile erkek hastaların kullandıkları mekânların ayrıştırılmış olduğu gözlemlenmiştir. Öte yandan, kapasite açısından değerlendirildiğinde, hâlihazırda zemin katta bulunan üç birimin, ikisinin kullanılmakta olduğu, üçüncü birimin ise o

dönem için henüz hizmet vermediği gözlemlenmiştir. Faaliyette olan iki birimin her birinde, hastaların günün büyük bir bölümünü geçirdikleri salon hacminin yanı sıra yemek bölümü, mutfak, dinlenme odası, etkinlik odası, mescit, ıslak hacimler ve veranda mahalleri yer alırlar (Şekil 4.25).



Şekil 4.25 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Ünite planı (Url-12).

Birinci katta ise, daha çok personele yönelik mahaller bulunmaktadır. İdare katı olarak geçen bu katta poliklinikler, Türkiye Alzheimer Derneği Konya Şubesi'nin üyeleri için ofis odaları ve geniş bir toplantı/konferans odası yer alır (Şekil 4.26). Hasta yakınları için düzenlenen bilgilendirme amaçlı seminerler, eğitimler veya hasta yakını destek toplantıları gibi aktivitelerin bu konferans odasında gerçekleştirildiği öğrenilmiştir.



Şekil 4.26 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Birinci kat planı (Url-12).

İki katlı olan Konya Gündüz Yaşam Merkezi'nde hastalar üst katı yoğun olarak kullanmasalar dahi, ihtiyaç duyulduğu takdirde personel eşliğinde, asansör ile erişimleri sağlanmaktadır. Hasta katındaki sirkülasyon alanları, düz bir formda ve yürüyüş yapabilecekleri genişliktedir. Aynı zamanda, yine hastaların güvenliği ve mobilitesi için tutunma bantları bulunmaktadır (Şekil 4.27).



Şekil 4.27 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Koridor (Şahin, 2018).

Binanın iç mekân konfor koşullarını incelediğimizde, kullanılan aydınlatma armatürlerinde sıva altı nitelikte, dolaylı aydınlatma sağlayan ve gün ışığı renginde ışık veren elemanların tercih edildiği görülmektedir. Merkezin ısıtması kalorifer petekleri ile sağlanmakta, havalandırma sistemi bulunmadığından ötürü, cam açmak gibi doğal iklimlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Binada kullanılan yüzey bitiş malzemeleri ise genel olarak şu şekildedir: giriş kısımdaki fuaye alanının zemininde parlak yüzeyli seramik kullanılmakta iken, hastaların bulunduğu ünite içerisinde, antibakteriyel özellikte, açık renk pvc kullanılmıştır. Duvarlarda ise, beyaz veya pastel tonlarda açık renklerde duvar boyası kullanıldığı gözlemlenmiştir.

Binada mekânlara ait fiziksel özelliklere ve donatılara baktığımızda, en geniş olan mahâlin hastaların daha yoğun olarak kullandığı salon olduğu gözlenir. Hastalar eğitilmiş personel gözetiminde sosyalleşme, çeşitli etkinlikler ve yemek yeme gibi ihtiyaçlarının hepsini salonda karşılarlar. Salonda bulunan oturma elemanlarına bakıldığında, malzeme olarak suni deri kaplamanın tercih edildiği, renk olarak da dikkat çekici renklerin kullanıldığı, tarz olarak ise çoğunlukla ofis mobilyası tarzında

oldukları göze çarpmaktadır (Şekil 4.28). Dinlenme odasında ise daha yumuşak renklerde kanepeler kullanmanın tercih edildiği gözlenir. Salon ve yemek yeme alanı birbirine ile iç içe bulunmaktadır. Hastaların yoğun olarak kullandığı bu mekânın dış mekânla fiziksel etkileşimini arttırmak amacıyla, geniş pencere boşlukları bırakılmış ve verandaya direkt çıkış verilmiştir.



Şekil 4.28 : Yoğun olarak kullanılan mekân salon ve dinlenme odası (Şahin, 2018).

Islak hacimlerin tamamı engelli standartlarına uygun olarak tasarlanmış ve alzheimer hastalığının getirdiği bir sonuç olarak hastaların yaşadıkları algı bozukluğunun sebebiyet verebileceği herhangi bir ajite durumunu engellemek amacıyla lavabolarda ayna kullanımı kaldırılmıştır. Yaş ortalamasının yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa, alzheimer hastalarının acil müdahale ihtiyacı oldukça yüksek bulunmaktadır. Bu sebeple, merkezde revir olarak kullanılan boş bir oda bulunmakta olup ihtiyaç duyulan donatıların yeterli olduğu belirtilmektedir.



Şekil 4.29 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Evi, Ünite giriş kapısı (Şahin, 2018).

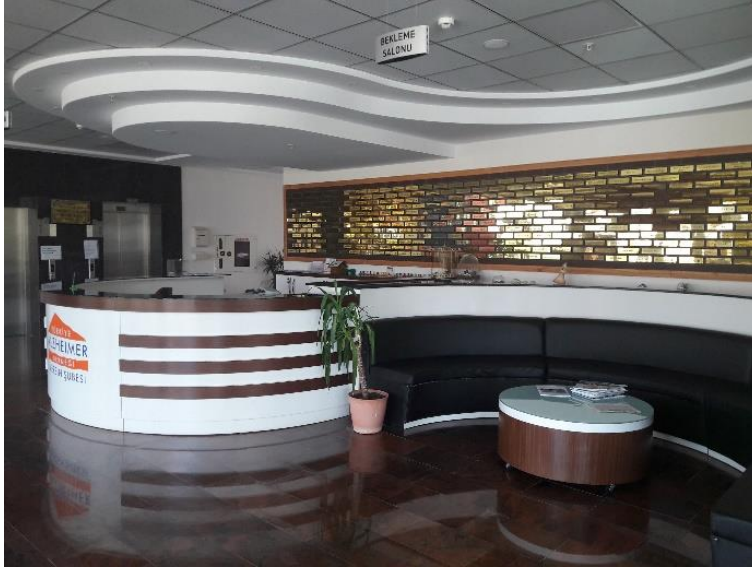
Orta şiddetli Alzheimer evresinden itibaren, meydana gelen mekân ve zaman oryantasyonun giderek kaybolması sonucu hastalar çoğunlukla kullandıkları odaların ve tuvaletin yerlerini karıştırmaya başladıkları izlenir. Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi'nde hastalarla iletişimi görsel olarak da desteklemek amacıyla, her bir birime bir çiçek ismi verilip kapının üzerine o çiçeğin görseli yapıştırılmıştır (Şekil 4.29). Yine bu amaç doğrultusunda etkinlik odalarının kapıları farklı renkte boyanarak hastaların dikkatlerinin çekilmesi amaçlanmıştır. Her iki ünitenin de giriş hollerinde hastaların bireysel olarak kullandıkları dolaplar bulunmaktadır. Algı bozuklukları yaşayan alzheimer hastalarına bellek takviyesinde bulunabilmek amacıyla, dolapların üzerine her hastanın kendi fotoğrafı asılmış, böylece hastaların kendi başına dolaplarını bulabilme şanslarını arttırılmıştır.



Şekil 4.30 : Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi, Arka bahçe (Şahin, 2018).

Konya Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi'nin geniş ve bakımlı bir arka bahçesi bulunmaktadır (Şekil 4.30). Hastalar bina çevresinde ve bu bahçede yürüyüşlerini yapabilmekte, güneşli ve iyi havalarda bahçedeki ahşap kamelyalarda ve bahçeye bakan yönde bulunan veranda da yemek-yeme, sohbet etme gibi sosyal etkinliklerini gerçekleştirmektedir.

Binada alınan güvenlik önlemlerine bakıldığında ise, yine dolaylı önlemlerin alındığı gözlenir. İzlenimci ve caydırıcı güvenlik önlemleri almak amacıyla, ortak alanlar kameralar ile gözetilmekte olduğu ve kapalı kablo kanalları, kilitler gibi görünür olmayan tedbirler alındığı gözlenmiştir.



Şekil 4.32 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Giriş holü, karşılama ve bekleme alanı (Şahin, 2018).

Binanın birinci katında ilk ve orta evredeki alzheimer hastaları, ikinci katında ise ileri evrede daha çok yatalak olan alzheimer hastaları için bulunan hasta odaları yer alır. Yaşam merkezi yaklaşık olarak toplamda 68 yatak kapasitesine sahiptir. Hasta odaları iki kişilik olup, her odada özel banyo bulunmaktadır. Hastaların gün içerisinde yoğun olarak kullandıkları, yemek yedikleri, televizyon izledikleri ortak alan her katta bulunan fuaye alanıdır. Hemşire istasyonu ve hemşire dinlenme odası ise, iki koridorun kesiştiği yerde bulunmaktadır (Şekil 4.33).



Şekil 4.33 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Hasta katı hemşire bankosu ve arkasındaki hemşire dinlenme odası (Şahin, 2018).



Şekil 4.34 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Hasta katı koridoru (Şahin, 2018).

Hasta katında bulunan sirkülasyon alanları, hastaların rahatlıkla yürüyüş yapabilecekleri genişlikte olmakla birlikte, hastaların güvenliği için tutunma bantlarına da sahiptir (Şekil 4.34). Binada ayrıca, tüm hasta odalarından erişilebilen ve bahçeye bakan camekân şeklinde ortak bir balkon alanının konumlandığı gözlenir. Bu balkonlar kışın da hastaların kullanabileceği, oturabileceği yaşam alanları olarak kurgulanmıştır. Çiçek yetiştirmek vb. bazı hobi faaliyetleri yapılabileceği gibi, hasta ile yakını arasındaki görüşmeler için de kullanılmaktadır. Ayrıca bu alan, hastaların iç mekânın dış mekânla arasındaki fiziksel ilişkilerini arttırarak iyileştirici etkilere de katkı vermektedir.



Şekil 4.35 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Behiye Aksoy sergi köşesi (Şahin, 2018).

Yapının bahçe katında diğer alzheimer merkezlerinden çok farklı olarak, iki sergi alanı bulunmaktadır. Bunlardan biri, Behiye Aksoy'un kıyafetlerinin sergilendiği köşedir (Şekil 4.35). Diğeri ise, Toroslar bölgesinde kullanılan eski araç-gereçlerin sergilendiği çoğunluğu Mehmet Nuri Çil'e ait olan ve Mersin Rotary ile ortak yapılan bir tür etnografik müze projesidir. Yine bu katta yemekhane, veranda, fizik tedavi odası, etkinlik odaları, kuaför, terzi, teknik hacim gibi odalar bulunmaktadır. Yemekhaneden verandaya ve bahçeye doğrudan çıkışların olduğu gözlenir. Arsanın bir köşesine yerleştirilen bina formu sayesinde bahçesi iç avlu olarak kalmış, bu durum bir taraftan bahçede hasta takibini kolaylaştırırken, diğer taraftan da hasta güvenliğini kolaylaştıran bir unsur olmuştur. Bahçenin terapötik etkisinin hastalık üzerindeki olumlu etkisinden dolayı, bahçe tasarımına özen gösterilmiştir. Hobi bahçesi, yürüyüş alanı, yemek yeme, dinlenme yeri ve küçük, nostaljik tarzda bir veranda bulunmaktadır (Şekil 4.36). Hastaların günlük spor yapmalarının önemli olmasından ötürü, bahçede düzenlenen yürüyüş yolunun şekli mütemadi bir form olarak 8 şeklinde kurgulanmış ve etrafında yorulduklarında oturabilecekleri banklar yerleştirilmiştir (Şekil 4.36).



Şekil 4.36 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Bahçe (Şahin, 2018).

Binanın iç mekân konfor koşullarını incelediğimiz zaman, soğutma ve havalandırma için klima sistemi, ısıtma için merkezi sisteme bağlı kalorifer petekleri tercih edildiği görülmektedir. Binanın aydınlık düzeyi yeterli olmakla beraber, doğal ışığın yetersiz kaldığı yerlerde ve zamanlarda kullanılmak üzere asma tavana gömülü sıva altı aydınlatma armatürlerinin tercih edildiği gözlenir. Merkezin genelinde kullanılan yapı malzemeleri; zeminde, giriş alanı dışında kalan her yerde açık renk, kaydırmaz ve

antibakteriyel özellikte seramik iken duvarda antibakteriyel özellikte açık renk duvar boyası bulunmaktadır. Merkezin şehir içerisindeki konumunun da etkisiyle gürültü probleminin olmadığı gözlemlenmiştir.

Mekândaki donatılara bakıldığında, ortak alanlarda ve zemin katta bulunan aktif yaşlanma biriminde ofis tipi mobilyaların kullanıldığı (Şekil 4.37) bunun yanı sıra hasta odalarında ise, mobilyaların hastalığın getirileri düşünülerek seçildiği gözlenir. Yine yatak odalarında, güvenlik açısından yatak başlarındaki komodinlerin kullanılmadığı gözlenir. Bunun yerine yatak üstlerinde ışıklı raflar kullanılmıştır. Odalarda ortada çekmeceleri, iki kenarda askılıkları olan özel olarak yapılmış gardroplara yer verilmiştir. Kay holleri olan ortak alanlar ile her hasta odasında birer televizyon bulunmaktadır. Hasta odalarındaki televizyonların gardropların üzerine monte edildiği gözlenmiştir. Seçilen perdeler ve yatak örtülerinde, “ev gibi” hissiyatının yaşatılmasına özen gösterilmiş, pastel renkler tercih edilmiştir.



Şekil 4.37 : Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi, Etkinlik odası (Şahin, 2018).

Mersin Yaşlı Yaşam Merkezi'nde kullanılan güvenlik önlemlerinde, diğer merkezlerde olduğu gibi izlenimci ve dolaylı bir yaklaşım tercih edilmiştir. Merkeze girişte güvenlik giriş ve çıkışları kontrol etmektedir. Ortak alanlarda ve koridorlarda kameralar bulunmakta, hasta odalarında yatak başlarında hemşire çağrı butonu ve hasta bağırdığında hemşireyi uyaran ses alarmları taktirılmıştır. İlaçları depolamak için özel bir ilaç odası bulunmakta ve personel gözetiminde tutulmaktadır. Prizler, kablo kanalları, pencerelerde çocuk kilitleri ve yangın kaçış merdiveni kullanılan diğer güvenlik unsurlarındandır.

4.4 Araştırma Sonuçları ve Tasarım Kriterlerinin Oluşturulması

Alan çalışması sürecinde, alzheimer bakım merkezlerine yapılan ziyaretlerde katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşme soruları üzerinden röportajlar yapılmış ve yapılan görüşmelerin ses kaydı tutulmuştur. Daha sonrasında bu görüşmelerin kayıtları deşifre edilmiştir. Deşifasyonu yapılan bu dökümanlar içerik analiz yöntemiyle analiz edilmiş ve yapılan kodlama sistemi ile daha önce belirlenmiş olan üç ana başlık altında ortak temalar saptanmıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4 : Özet tema listesi.

Mekân Örgütlenmesi	İç Mekân Konfor Koşulları	Donatılar
T1: Konum T2: Ulaşım T3: Bahçe T4: Plan Kurgusu T5: Boyut T6: Genel Mekân Nitelikleri T7: İç Mekân Nitelikleri T8: İç Mekân Fiziksel Özellikleri T9: Etkinlikler/Eğitimler	T10: Malzeme Özellikleri T11: Kapı T12: Duvar T13: Zemin T14: Renk T15: Renk Farklılıkları T16: Aydınlik Düzeyi T17: Aydınlatma Özellikleri ve Karakteri T18: İklimlendirme T19: Gürültü	T20: Acil Müdahale Ekipmanları T21: Aksesuarlar T22: Mobilya Özellikleri T23: Mekân-Donatı İhtiyaçları T24: Güvenlik Önlemleri

Kodlama sonrası anabaşlıkların altındaki ana-temalara göre, öne çıkan alttemalar şu şekildedir;

Mekân örgütlenmesi

Tema 1: Konum

Konum/Kent Merkezi Dışı

Konum/Sakin Bölge

Tema 2: Ulaşım

Ulaşım/Erişebilirlik/Toplu taşıma

Ulaşım/Erişebilirlik/Asansör

Ulaşım/Erişebilirlik/Servis/Var

Tema 3: Bahçe

Bahçe/Terapötik etkisi (+)

Bahçe/Etkinlik/Bostan-Hobi bahçesi

Bahçe/Etkinlik/Yürüyüş yolu

Bahçe/Etkinlik/Spor alanı

Bahçe/Etkinlik/Dışarıda olmak

Bahçe/Donatı/Veranda

Bahçe/Donatı/Çardak

Tema 4: Plan kurgusu

Mek. Org./Plan kurgusu/Basit ve kolay algılanmalı

Mek. Org./Plan kurgusu/İslak hacimler görünür bir yerde olmalı

Mek.Org. / Plan Kurgusu/Hemşire İstasyonu (+)

Tema 5: Boyut

Mek.Nit./Boyut/Bahçe/Geniş (+)

Mek.Nit./Boyut/Salon/Geniş (+)

Mek.Nit./Boyut/Yemek Odası/Geniş (+)

Mek. Nit./Boyut/ Yatakhaneler/ 2 Kişilik

Mek.Nit./Boyut/Kapı Genişlikleri/Tekerlekli sandalyeye uygun olmalı

Mek.Nit./Boyut/Koridorlar/Geniş ve Düz (+)

Tema 6: Genel mekân nitelikleri

Mek.Nit./"Ev Gibi"

Mek.Nit./Geniş, Ferah

Mek.Nit./ Yapı/ Müstakil

Tema 7: İç mekân nitelikleri

Mek.Nit./İç Mekân-Dış Mekân İlişkisi/Yaşam alanları/Pencereler

Mek.Nit./İç Mekân-Dış Mekân İlişkisi/Ortak Alandan Bahçeye Çıkış

Mek.Nit./Kapılar/Eşik (-)

Tema 8: İç mekân fiziksel özellikleri

Mek.Org./Banyolar/Engelli Standartlarına Uygunluk

Mek.Org/ Görüşme Od./Hasta-Hasta Yakını Görüşme Od./Ayrı Olmalı

Mek.Org./Görüşme Odaları/ Hasta-Hasta Yakını Görüşme / Ortak Alanda

Mek.Org./Fizyoterapi Odası

Mek.Org./Kış Bahçesi

Mek.Org./İlaç Odası

Mek.Org./ En Yoğun Kullanılan Mekân/ Salon-Televizyon izleme alanı

Mek.Org./Mutfak/Mutfak Dolabı/Tekerlekli sandalye erişimi

Tema 9: Etkinlikler/Eğitimler

Etkinlikler /Motor Becerileri Geliştirme

Etkinlikler /Sosyalleşme Hedefli/Toplu Etkinlikler/Kitap Okuma

Etkinlikler/Aktivite/Zihinsel Aktiviteler

Etkinlik/Aktivite/Kendi İhtiyaçlarını İdame Ettirme

Etkinlikler/ Müzik Terapisi

Etkinlik/Atölye/Resim

Etkinlik/Anımsatma Terapisi (Fotoğraf Albümü)

İç mekân konfor koşulları

Tema 10: Malzeme özellikleri

İmkk/Malz./Tekrarlayan Desen Halüsinasyon Veya Obsesif Duruma Sebebiyet
Verebilir

İmkk/Malz./Çok Parlak Malzemeler (-)

İmkk/Malz./Antibakteriyel Olmalı

İmkk/Malz./Kolay Temizlenebilir

Tema 11: Kapı

İmkk/Malz./Kapılar/Ahşap, Ev Hissi

İmkk/Kapılar/Otomatik Açılır Kapı (-)

İmkk/Malz./Kapılar/Cam (-)

Tema 12: Duvar

İmkk/Malz./Duvar/Düz Ve Homojen

İmkk/Malz./Duvar/Yansıtan Ve Parlak Malzeme (-)

Tema 13: Zemin

İmkk/Zemin/ Düz Ve Homojen

İmkk/Malz./Zemin/Desenli Kaplamalar (-)

İmkk/Malz./Zemin/Kaydırmaz Olmalı

İmkk/Malz./Zemin/Siyah Renk (-)

İmkk/Malz./Zemin/Parke + Ev Gibi

Tema 14: Renk

İmkk/Renk/Açık Tonlar

İmkk/Renk/Pastel Tonlar

İmkk/Renk/Canlı Tonlar

Tema 15: Renk farklılıkları

İmkk/Renk/Zemin Rengi/Tek Renk ve Desensiz

İmkk/Renk ve İşaret Kullanımı/ Yer Yön Bulma Üzerindeki Etkisi (+)

İmkk/Renk/Kapılar/Banyo Kapıları Farklı Renk Kodlama (+)

Tema 16: Aydınlik düzeyi

İmkk/Ay.Düz./Gün Işığı (+)

İmkk/Ay.Düz./Karanlık (-)

İmkk/Ay.Düz./Yatakhaneler/Gece Hafif Aydınlatılmalı

İmkk/Ay.Düz./Koridorlar/Aydınlık (+)

İmkk/Ay.Düz./Gün Batımı Sendromu

Tema 17: Aydınlatma özellikleri ve karakteri

İmkk/Aydınlık/Doğal Işık

İmkk/Ayd. Karak./Dolaylı Işık Kaynağı

İmkk/Ayd. Karak./Işık Rengi/Beyaz-Günüışığı

İmkk/Ayd. Karak./Gün Işığını Simule Eden Ayd. Ürünleri

İmkk/Ayd. Karak./Sarkıt Aydınlatma (-)

İmkk/Ayd. Karak./Abajur (-)

Tema 18: İklimlendirme

İmkk/İklim./Isıtma/Kalorifer

İmkk/İklim./Isıtma-Soğutma/Klima

İmkk/İklim./ Isıtma-Soğutma /Fancoil

İmkk/İklim./ Isıtma-Soğutma-Havalandırma/Pasif İklimlendirme

Tema 19: Gürültü düzeyi

İmkk/Gürültü/ İç Mekân Gürültü Düzeyi/ İç Mekândaki Ses (-)

İmkk/Gürültü/ İç Mekân Gürültü Düzeyi/ Televizyon Sesi (-)

İmkk/Gürültü/Dışarıdan Gelen Ses/ Trafik (-)

Donatılar

Tema 20: Acil müdahale ekipmanları

Acil Medikal Müdahale Odası/Var

Acil Medikal Müdahale Olmalı/Donatı Yeterli

Tema 21: Aksesuarlar

İmdonatı/Aksesuar/Mekânda Kişiselleştirme /Dolap-Tablo Vb.

İmdonatı/Aksesuar/Bellek Yardımına Etki (+)

İmdonatı/Aksesuar/Oda İçerisinde Fotoğraf Albümleri (+)

İmdonatı/Aksesuar/Ayna (-)

Tema 22: Mobilya özellikleri

İmdonatı/Mobilya/Yuvarlatılmış Köşeler

İmdonatı/Mobilya/Renk/ Kontrast Renk Kullanımı

İmdonatı/Mobilya/”Ev Gibi”/Perde-Koltuk-Kanepe Vb./Sıcaklık Hissi

İmdonatı/Mobilya/Sabit Mobilya

İmdonatı/Mobilya/Ergonomi

Tema 23: Mekân-Donatı ihtiyaçları

İmdonatı/Koridorlar/Tutunma Bantları (+)

İmdonatı/Hasta Odaları/Dolap/ Bireysel Kullanım

İmdonatı/Yatak Odaları/Komodini (-)

İmdonatı/Yemekhane/Yemek Takımı/Desensiz ve Düz

Tema 24: Güvenlik önlemleri

Güvenlik/İzlenimci Önlem/Kamera (+)

Güvenlik/Görünür Önlem/Parmaklık (-)

Güvenlik/İzlenimci Önlemler

Güvenlik/ Pencere-Kapı/ Çocuk Kilidi

Güvenlik/Donatı/Kapaklı Priz

Güvenlik/Donatı/Kablolar/ Kablo Kanalı

Güvenlik/Sirkülasyon/ Dik Merdiven Tehlikeli (-)

Güvenlik/Donatı/Hemşire Çağrı Butonu

Bu alt temalar belirlenirken ortaya çıkan frekans değerlerine göre esas alınmıştır (Çizelge 4.3). Katılımcılar ile derinlemesine yapılan görüşmeler sonucunda yapılan deşifrasyonlar sonrasında ulaşılan kodlar ana temalar altında gruplanarak alt temalar oluşmuştur. Görüşmelerde, bu alt temayı ortaya çıkaran bilgiyi veren her bir katılımcı temanın frekans aralığını belirlemiş olmuştur.

Çizelge 4.5 : Tema- Frekans tablosu.

Temalar	Eskişehir	Konya	Mersin
	Sağlık Personeli	Sağlık Personeli	Sağlık Personeli
T1: Konum	8	4	4
T2: Ulaşım	5	6	6
T3: Bahçe	7	5	6
T4: Plan Kurgusu	6	2	3
T5: Boyut	4	2	6
T6: Genel Mekân Nit.	7	3	5
T7: İç Mekân Nitelikleri	4	5	4
T8: İç Mek. Fiziksel Özl.	7	5	6
T9: Etkinlikler	4	5	5
T10: Malzeme	4	5	4
T11: Kapı	-	3	1
T12: Duvar	-	1	2
T13: Zemin	5	4	3
T14: Renk	6	3	4
T15: Renk Farklılıkları	4	3	2
T16: Aydınlık Düzeyi	7	3	5
T17: Ayd. Özl. Ve Karak.	6	5	3
T18: İklimlendirme	5	4	6
T19: Gürültü	6	4	5
T20: Acil Müdahale Ekip.	3	4	5
T21: Aksesuarlar	6	4	5
T22: Mobilya	6	4	6
T23: Mekân-Donatı İht.	1	3	4
T24: Güvenlik	6	5	6

Çalışmanın devamında, araştırmada belirli konu başlıklarına göre yapılan görüşmelerin analizi sonucu ortaya çıkan kodların gruplanmasıyla belirlenen temalar, öne çıkan alt gruplarıyla birlikte ele alınmış ve geniş açılımlarına yer verilmiştir.

Tema 1: Konum

Alzheimer bakımevleri ve merkezlerinin, şehir içerisinde bulunduğu konumun hasta psikolojisi üzerinde etkisi bulunmaktadır.

Konum/Kent Merkezi Dışı: Bakım merkezlerinin konumunun kent merkezi dışında olması, çevreden kaynaklı gürültü düzeyini azaltır, güvenlik açısından avantaj sağlar.

“Daha merkezi olmadığı için, burası bir dezavantaj oluyor. Çünkü Konya’nın geneli burayı tanıyamıyor. Daha böyle, hani daha işlek, daha yoğun bir yerde olmuş olsaydı, Konya’nın genelinin tanınması daha kolay olacaktı. Ama bizim için de şu avantajı var, daha rahat bir semtte, gürültünün efendime söyleyeyim böyle sanayinin, şeyin olmadığı, hani böyle hastalarımızın dingin, rahat bir ortamda huzurlu bir şekilde oturup zamanını geçirebileceği bir yer.” (KAM SP03)

Konum/Sakin Bölge: Merkezlerin sakin bir bölgede konumlanmış olması çevredeki gürültü düzeyini etkiler ve bu da hastaların ajitasyon gösterme risklerini azaltır ve hastalar üzerinde terapötik etkileri olur.

“Konum olarak bence güzel bir yerde... Ee kampüs şeklinde yani kampüs içerisinde bulunuyor iki binamız da... Konum olarak bence sessiz, sakin hani hastaneye de çok uzak olmayan bir yer. Etrafında eczane de var, sağlık ocağımız da var yakınımızda... Yani, bence sesiz, sakin olması güzel bir şey.” (EAM SP05)

Tema 2: Ulaşım

Ulaşım/Erişebilirlik/Toplu taşıma: Bakımevi merkezlerinin bulunduğu yere hasta ve hasta yakınlarının toplu taşımaya kolay erişilebiliyor olması önemlidir.

“Benim ulaşımım hani kendi hususi aracım var. Kendi aracım ile ulaşımımı sağlıyorum. Ama aracı olmayan arkadaşlarda tramvay ve otobüs şeklinde Eskişehir’in her yerinden rahatlıkla ulaşım sağlayabiliyor.” (EAM SP03)

Ulaşım/Erişebilirlik/Asansör: Hem yaşlılığın getirdiği fiziksel problemler, hem de alzheimer hastalığının getirdiği algı problemleri sebebiyle hastaların üst katlara

çıkması gerektiğinde, görevli eşliğinde asansör kullanmaları güvenlikleri açısından daha yararlıdır.

“Asansör kullanımımızı da üç asansör olacak şekilde bölüştürerek tasarladık. Böylece bir hasta taşıma asansörümüz bir personel asansörümüz bir de yemek asansörümüz aynı anda ekonomik bir şekilde planlanabildi.” (MAM SP06)

Ulaşım/Erişebilirlik/Servis: Kendi başına gelme imkânını olmayan alzheimer hastaları ile onlara her gün eşlik etme fırsatı bulamayan hasta yakınları için, hastaların özellikle gündüz bakım merkezlerine ulaşabilme kolaylığı sağlamak amacıyla servis imkânı tanınmalıdır.

“Şimdi biz bu merkezimiz dediğim gibi, sadece alzheimer gündüz yaşam merkezi ama tek bir birim değil birçok birim birlikte çalışıyor, görev yapıyor. Karatay Belediyesi binayı tamamladı. Bize aynı zamanda bir servis tahsil etti, şöförünü verdi.” (KAM SP04)

Tema 3: Bahçe

Bahçe/Terapötik etkisi (+): Bakım merkezinde bahçe olması, hastaların bahçede vakit geçirmeleri, doğa ile iç içe olmaları, alzheimer hastalarının psikolojisi üzerinde iyileştirici etkileri bulunmaktadır.

“Mevsimsel geçişlerde bizim hastalarımızın evre atlama dönemidir. Genellikle, psikolojik ve ruhsal değişimler yaşıyorlar bu dönemde. Eui, o yüzden meselâ, işte bahar ayı geldiği zaman illâ ki, o dışarı özlemini hissedebiliyorlar. Ve onu hem görsel olarak gördüklerinde ve fiziksel olarak da o mekânı az öncede bahsettiğim gibi çaydır, ara öğünleridir o durumlarda ki yazın özellikle dışarıda vakit geçirmelerini isteriz.” (EAM SP03)

Bahçe/Etkinlik/Bostan-Hobi bahçesi: Kendi ilgilenebilecekleri küçük bir ekim alanı, hastalara hem sorumluluk vererek özgüvenlerini geliştirmelerine yardımcı olmakta hem de hasta psikolojisi üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

“Ben bu binayı tasarlarken bahçede bizim hastaların vakit geçireceklerini, çok fazla ekim biçim yapacaklarını, hatta kış bahçesi de yaptık sera gibi, orada da çok vakit geçireceklerini ve çok ilgileneceklerini düşünüyordum.” (MAM SP06)

“Yani ee belki ee böyle bir çiçek dikilebilir, boş bir alan olup işte her taraf çim... Belki bir alan olabilir, çok küçük bir alanda ne bileyim sebze dikilebilir,

çiçek dikilebilir onlar kendileri yapabilir. Hobi bahçesi gibi öyle bir şey olabilir. Yani her taraf çim olacağına böyle bir bölüm olabilirdi, uğraşabilirdi.” (KAM SP01)

Bahçe/Etkinlik/Yürüyüş yolu: Alzheimer hastalarının çoğunluğunun 65 yaş üstü olduğu göz önüne alındığında, yürüyüş yapmanın onların fiziksel ve psikolojik sağlıklarına iyi geldiği bilinmektedir.

“Genellikle yürüyüş yaptırıyorum bahçede. Bir de ortada bi çim alanımız var. Dairesel orayı görmüşsünüzdür. Bankları da oraya dairesele yerleştirdik çünkü çok fazla orada duramıyorlar. Beş dakika durduktan sonra, dinlenme ihtiyacı hissedebiliyorlar. Ortak alanda ben ortaya geçiyorum, grup halinde egzersiz yaptırıyorum, bu şekilde.” (MAM SP03)

Bahçe/Etkinlik/Spor alanı:

“Spor aletleri dedim ya bu hastalık şimdi bizim evredeki hastalara şuanda yapamayız. Ama yapabilecek hasta var mı? Mesela 4- 5 hastam var. Hani spor aletim olsa onu kullanabilecek hastalarım var.” (EAM SP03)

Bahçe/Etkinlik/Dışarıda olmak: Güneşli havalarda çeşitli etkinlikleri veya öğün aralarını bahçede yapmak, hasta ve bakım verenler tarafından genel olarak tercih edilmektedir.

“İşte görüyorsunuz bahçemiz orada, yaşlılarımız sürekli yazın mesela ara öğünlerini dışarıda yerler, öğlen dışarıda güneşlenirler. Çaylarını falan orada içerler.” (EAM SP03)

Bahçe/Donatı/Veranda: Hastaların dış mekânla daha çok iletişim kurabilecekleri alanlarda vakit geçirmelerinin iyi hissettirici etkileri vardır. Bu sebeple, hastaların kullanacakları veranda gibi mekân ve donatılara ihtiyaç vardır.

“Şöyle söyleyeyim az önce biz hastalarımızı balkon dediğimiz yere çıkardık balkonumuzu gördünüz mü bilmiyorum. Orda gayet mutlular hatta içeri girmek istemediler, etkinlik saatimiz olmasaydı içeri almazdık.” (KAM SP05)

Bahçe/Donatı/Çardak: Bahçeye çıktıklarında sohbet edebilecekleri, oturup dinlenebilecekleri yeterli donatıların bulunması hastaların ihtiyaçları arasındadır.

“Havalar iyi olduğu zaman, siz bilmiyorum gördünüz mü, hastalarımız dışarıda. Hava iyi olduğu an, hemen dışarıya çıkarıyoruz. Erkekler bir

kamelyaya gidiyor, bayanlar bir kamelyaya gidiyorlar. İşte 14.30 –15.00 gibi bir çay saatimiz var. O çay saatlerimizde mutlaka orada oluyorlar.” (KAM SP01)

Tema 4: Plan kurgusu

Mekân org./Plan kurgusu/Basit ve kolay algılanmalı: Bakım merkezleri, hastaların güvenliği ve rahat adapte olabilmelerlerini sağlamak amacıyla, kolay algılanabilecek plan kurgusuna sahip olmalıdır.

“Onu düşünüyorum, çünkü karmaşık zaman çok böyle şaşırtıyorlar, onları huzursuz ediyor. Burası girdikleri zaman kapıda zaten şey evlerimizin resimleri var. İşte papatya evi, gül evi. Yönlendirdiğimiz zaman rahatça geliyorlar, zaten eşlik de ediyoruz, hani yönlendirdiğimiz zaman da geliyorlar. Ama eğer karmaşık, kompleks böyle daraltıcı bir yere geldikleri zaman onların huzursuz olacağını düşünüyorum.” (KAM SP03)

Mekân org./Plan kurgusu/Islak hacimler görünür bir yerde olmalı: Alzheimer hastalarında yer-yön kavramı hastalık ilerledikçe yitirmeye başlanıldığından, ıslak hacimlere erişimin ve algılanma kolaylığının sağlanması faydalı olacaktır.

“Hani bence nasıl olması gerekir. Az önce de bahsettim ya, maksimum iki katlı, alanların kafa karıştırmaya eu, nasıl söyleyeyim, sebep vermemesi gereken, hani lavaboların daha böyle görünür yerde olması, işte banyolarının daha geniş, ferah olması.” (EAM SP03)

Mekân org./Plan Kurgusu/Hemşire İstasyonu (+): Hastaların güvenliği açısından yatak katlarında ve gündüz vakit geçirdikleri mekânda personelin kolay gözetim sağlayabileceği bir alanda mutlaka hemşire istasyonları bulunmalıdır.

“Tek bir noktada, tek bir personel, her iki koridora da hâkim olabilecek durumda ve hastaları gözlemleyebilecek durumda... Bu onların mekâna uyum sağlamalarını kolaylaştırıyor.” (MAM SP06)

Tema 5: Boyut

Bakım merkezlerindeki yaşam alanları, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlayacak şekilde ve sosyal mesafeye uygun olmalıdır.

Mek. Nit./Boyut/Bahçe/Geniş (+)

Mek. Nit./Boyut/Salon/Geniş (+)

Mek. Nit./Boyut/Yemek Odası/Geniş (+):

“Boyut olarak, biraz daha geniş olması bence daha faydalı olur. Çünkü şey, hastalarımız şimdi yön duygusunu kaybediyorlar. Bazen oluyor ki, karşı karşıya geliyor işte şey, bu tarafa gelmeyi akıl edemiyor yani. Orda takılıp takılıyor, biz yönlendirdiğimiz zaman, hani biraz daha bu tarafa gelip yanından geçmeyi ancak öyle düşünebiliyor.” (KAM SP03)

Mek. Nit./Boyut/ Yatakhaneler/ İki Kişilik: Hasta yatak odaları genel olarak iki veya üç kişiliktir.

“Odaları bile gördünüz mü bilmiyorum ama, bütün odalarımız iki kişilik bizim... Hastaların yalnız kalmasını istemiyoruz. Yalnız kaldıkları zaman, evde olduklarından burada olmalarının hiçbir farkı yok. Mutlaka odalarına girdiklerinde yanlarındaki hasta konuşamıyor bile olsa, onun bir sesi, nefesi, o insanı rahatlatıyor, huzur veriyor.” (MAM SP04)

Mek. Nit./Boyut/Kapı Genişlikleri/Tekerlekli sandalyeye uygun olmalı: Mekân kullanıcıları 65 yaş üstü ve çoğu zaman fiziksel zorluklara sahip bireyler olduğu göz önünde bulundurularak, kapı boşlukları tekerlekli sandalye geçişine uygun bırakılmalıdır.

Mek. Nit./Boyut/Koridorlar/Geniş ve Düz (+) : Koridor tasarımı, alzheimer bakım merkezlerinde önemli yere sahiptir. Hastaların yürüyüş yapabilmelerine imkân sağlayacak genişlikte olmalı ve yön bulabilme algılarına kolaylık sağlaması için düz olmalıdır.

“Koridorları çok geniş tuttuk. Amacımız iki tekerlekli sandalye yan yana geçebilecek şekilde olacak. Ya da iki sedye yan yana geçebilecek şekilde olacak. Kapılarımız çok geniş dikkatinizi çekmiştir. 120 cm kapılarımızın genişliği.” (MAM SP06)

Tema 6: Genel mekân nitelikleri

Mek.Nit./Ev Gibi: Alzheimer yatılı bakım merkezleri ve gündüz yaşam merkezleri hastaların kendilerini iyi ve güvende hissedebildiği, kolay adapte olabildiği ve aidiyet hissedebildikleri bir tasarım anlayışına sahip olması olumlu sonuç sağlamaktadır.

“Çünkü bizim burada istediğimiz bu ortama alışmaları, kendi evleri gibi görmelerini istiyoruz hapishaneymiş gibi değil.” (MAM SP02)

“Şimdi burada oldukları zaman zaten kendilerini kendi evinde gibi hissettirmezsensiz onlara o duyguyu vermezsensiz, hiçbir tanesini burada tutamazsınız zaten. Yani burda onlara evlerindeymiş gibi o sıcaklığı vermezsensiz onları tutamazsınız.” (EAM SP07)

Mek.Nit./Geniş, Ferah: Yapıların sade, geniş ve ferah olması kullanıcılar üzerinde sakinleştirici ve iyileştirici etkilere sahiptir.

“Hastalarımız daha çok zemin katta, daha rahat hareket edebileceği, daha kolaylıkla istediği yere ulaşabileceği bir merkez olarak planlandı. Geniş ve ferah olması çok önemli... Hem sizlerin de bildiğiniz gibi, hem genç yaş grubunun belli bir yaş üstündeki grupta nasıl dar bir alandan geniş bir alana çıkınca ferahlık duyuyorsa, bu hastalar için de öyle ve düz zemin olması.” (KAM SP04)

Mek.Nit./Yapı/Müstakil : Alzheimer bakım merkezlerinin müstakil yapı olması tercih sebebidir.

“Kat sayısı düşük. Biz isteriz aslında imkânımız olsa... Projeler her şeye takılıyor belediyelerde tek katlı olacak ki, personelde aynı yerde... Bütün şeyi yaşlıyı her harikulâde de gözlemleyebilmek önemli.” (EAM SP04)

Tema 7: İç mekân nitelikleri

Mek.Nit./İç Mekân-Dış Mekân İlişkisi/Yaşam Alanları/Pencereler: Hastaların vakit geçirdiği yaşam alanlarında dış mekân ile görsel veya fiziksel iletişim olması hasta psikolojisi üzerinde olumlu etkiler bırakmaktadır.

“Şimdi şöyle dış mekân doğrudan görülmeli. Oturduğu yerden dış mekâna ulaşmalı. Ama en dışarıda da yani bahçenin dışında da kapının görülmeyecek şekilde dizayn edilmesi gerekiyor ki, kendiliğinden çıkıp gitmesin.” (KAM SP04)

Mek.Nit./İç Mekân-Dış Mekân İlişkisi/Ortak Alandan Bahçeye Çıkış: Bakım merkezinde kalan yaşlı bireylerin dış mekânla kurabildiği doğrudan ilişki kendilerini daha özgür ve rahat hissetmelerini sağlar.

“Meselâ, burada olmalarının onların özgürlüklerini kısıtladıkları düşünülüyor. Çıkarmıyoruz tabi ki. O yüzden ee tamamen kendileri çıkıp gidemedikleri için özgürlüklerinin kısıtlandığını düşünüyorlar. Kapının bahçeye açılması onları bu anlamda birazcık olsa rahatlatıyor.” (EAM SP06)

Mek.Nit./Kapılar/Eşik (-): Alzheimer hastalarının yaş ortalamasının yüksek olmasından ötürü, sahip olabilecekleri fiziksel zorluklar ve hastalığın getirdiği algı bozuklukları sebebiyle, yaşlıların güvenliği açısından kapı geçişlerinde eşik kullanılmaması daha güvenli olacaktır.

“Kontrast renklerin olması bir kere kapılarda en şey olayı olmaması gerekiyor. Yani, yaşlı bakım merkezinin zaten eşik hiç olmayacak. Zaten olmayacak eşik. Eşikte de dediğim gibi meselâ ee şu şeyle girişte ayrı bir kontrast olursa ona da yükseklik algısı oluyor. Girerken adım atıp düşme eğilimi oluyor. Bir kere girerken öyle...” (KAM SP04)

Tema 8: Mekân Organizasyonu-İç mekân fiziksel özellikleri

Mek.Org./Banyolar/Engelli Standartlarına Uygunluk: Ortak alanda ve hasta odalarında bulunan tüm ıslak hacimler engelli standartlarına uygun olarak düzenlenmelidir.

“Banyolarımız çok özel... Her hasta odasında banyomuz var. Geniş, tamamen engelli, tekerlekli sandalye içerde dönebilecek kadar geniş bir banyomuz var. Duşa kabinlerimiz var. Klozetlerimizin yüksekliği ve özellikleri engelli standartlarındadır.” (MAM SP06)

Mek.Org./ Görüşme Odaları/Hasta-Hasta Yakını Görüşme Odaları/Ayrı Olmalı: Sağlık personelleri hasta ve hasta yakını görüşme şekli konusunda iki farklı görüşe sahiptir.

“Hasta yakınları geldiğinde diğer hastaların yanında görüşmüyorlar. Zaten görüştürmemek lazım... Çünkü bazısının yakını her hafta gelir, bazısının yakını ayda bir gelir. Bu siz olsanız bile sizin üzerinizde bile belli bir psikolojik sorun yaratır. Hastalarımız hasta yakınları diğer hastaların yanında görüşmüyorlar, bizim bir alanımız var orda görüşüyorlar.” (EAM SP07)

Mek.Org./Görüşme Odaları/Hasta-Hasta Yakını Görüşme/Ortak Alanda: Sağlık personelleri hasta ve hasta yakını görüşme şekli konusunda iki farklı görüşe sahiptir.

“İşte bakın ziyarete gelmişler sizi. Beraber vakit geçirin, beraber faaliyetlerde bulunun. Ne bileyim bir takım ikramlar getirmişler size, gelirken bir şeyler getiriyorlar, kapalı ambalajlarda o tür şeyler ikram ediyorlar, sohbet ediyorlar, faaliyete katılıyorlar. Birlikte yapıyorlar. Öyle birinin ziyaretçisi geldiğinde ayırıp da odaya almıyoruz. Çok nadir.” (KAM SP01)

Mek.Org./Fizyoterapi Odası: Merkezlerde fizik tedavi uzmanı eşliğinde kullanabilecekleri bir fizyoterapi alanı olması, hastaların sağlığı açısından önemlidir.

“Eren Bey fizyoterapist olduğu için zaten onların bu sporla alakalı her şeyi kendileri karşılıyor. Bunun için de ayrı bir odamız var, ee aşağıda yine... Dışarda da yaptırıyor bu işleri zaten, bahçede de yaptırıyor. Yani, o bunun bilgisini verir zaten kendisiyle konuştuğunuz zaman.” (MAM SP02)

Mek.Org./Kış Bahçesi : Hastaların kışın da dış mekânla iletişim kurabileceği bir alan bulunmasının olumlu etkileri gözlenmekte.

“Yani yukarı katların balkon alanı var ya, biz orayı kış bahçesi olarak adlandırıyoruz. Çünkü kışın orası çok sıcak ve temiz oluyor. Güzel oluyor yani, dışarı çıkamayan hastalar orayı dışarı gibi kullanıyorlar, hafif pencere açarak. Zaten dışarda da kalorifer sistemleri var, ısınmaları kolay oluyor yani.” (MAM SP05)

Mek.Org./İlaç Odası: İlaçların hemşire kontrolünde hastalara iletiildiği ve güvenle depolanabildiği bir alan gerekmektedir.

“Bütün özel ilaçlar genelde kırmızı dolaplar vardır. Özel ilaçlar orada saklanır. Hemşire, diyetisyen odaları mutlaka kitli tutulur.” (MAM SP03)

Mek.Org./ En Yoğun Kullanılan Mekân/ Salon-Televizyon izleme alanı: Hastaların gün içerisinde vakitlerinin çoğunu geçirdiği, yoğun olarak kullandıkları ortak alan tüm bakım merkezlerinde televizyon izleme alanı olmuştur.

“Tabi salonlar. Yani sabahtan akşama kadar hemen hemen salonda geçiyor işte sadece kahve içmelerinde biz ee yemek odasına alıyoruz.” (KAM SP01)

Mek.Org./Mutfak/Mutfak Dolabı/Tekerlekli sandalye erişimi

“Kapılar tekerlekli sandalyenin girebileceği şekilde olmalı, mutfak tezgâhları da hastanın tekerlekli sandalyede otururken ulaşabileceği, işini yapabileceği boyutlarda olmalı. Mutfakta bunlara dikkat etmek gerekir.” (KAM SP04)

Tema 9: Etkinlikler/Eğitimler

Alzheimer yatılı bakım evi ve gündüz bakımevinde yapılan etkinlikler, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden gelişmelerine yardımcı, iyileştirici etkileri bulunan etkinliklerdir.

Etkinlikler /Motor Becerileri Geliştirme

“Etkinlikler şöyle yapılıyor mesela konuşmada zorluk çeken yaşlımız varsa dilkom diye bir merkez var. Hani ee yüz kaslarını geliştirmek için, konuşmasını hızlandırmak ya da yavaşlatmak için, o yaşlıya göre değişiyor. Ee ailesi eğer oraya götürüyorsa bizde orda verilen ödev gibi etkinliklerini yaptırıyoruz.” (EAM SP05)

“Birçok yönden hastalar desteklenmeye çalışılıyor. Hem zihinsel, psiko-motor aktiviteleri destekleniyor, hem de fiziksel rehabilitasyon uzmanlarıyla birlikte fiziksel aktiviteleri destekleniyor. Yani, hem fiziksel rehabilitasyon, hem bilişsel rehabilitasyon ikisi kombin olarak yürütülüyor.” (KAM SP03)

Etkinlikler /Sosyalleşme Hedefli/Toplu Etkinlikler/Kitap Okuma

“Kitap okuma çalışmaları, birinin onlara okuduğunda bile yani hiç yerinde durmayan hastalar bile bunlardan zevk alabiliyor. Toplu olarak yaptıkları birçok şeyden zevk alıyorlar. Ya, bazı hastalarımız günlük durumlarına bağlı olarak kendilerini geri çekebiliyorlar ama genel olarak, ee hepsi çok seviniyorlar bu aktivitelere.” (MAM SP04)

Etkinlikler/Aktivite/Zihinsel Aktiviteler

“Şimdi alzheimer yaşam merkezinde bizim şuanda hastalarımıza yaptığımız iş uğraşı terapisi diyoruz buna. Zihinsel aktivitelerini güçlendirecek ve bunun yanı sıra psiko-motor becerilerini güçlendirecek aktiviteler yaptırıyoruz” (KAM SP04)

Etkinlik/Aktivite/Kendi İhtiyaçlarını İdame Ettirme

“Şöyle yapardım ee sabah kalktıklarında ve ee yatmadan önce diş fırçalama eğitimi vermek isterdim. Çünkü evinde dişini fırçalayan bir yaşlımız hani burda ee personel yetersizliğinden veya vakit yetersizliğinden o alışkanlığını unutabiliyor. Aynı şekilde tuvalet eğitimi, el yıkama alışkanlığı.” (EAM SP 05)

Etkinlikler/ Müzik Terapisi³: Müzik terapisinin hastalar üzerinde olumlu etkisi gözlemlenmiştir.

“Müzik, bir kere bayılıyorlar. Yani onları çünkü müzik bi hayatın vazgeçilmezi. Ben şöyle düşünüyorum, herhalde geçmişteki anılarını anımsattıkları için olabilir. Çünkü, birçok etkinlikte gördüm onları. En fazla tepkiyi müzikte veriyorlar.” (MAM SP05)

Etkinlik/Atölye/Resim: Yaşlıların kendilerini ifade edebilme biçimini geliştirebilmek ve becerilerinin devamını sağlayabilmek için önemli bir etkinliktir.

“Hobi olarak ee mesela bikaç yaşlımız kendi tablo çizimleri vardı. Yani hobi odası olsa güzel olur. Fakat hani ee onunla ilgilencek de bir eleman olsun isterdim.” (EAM SP05)

Etkinlik/Anımsatma Terapisi (Fotoğraf Albümü)

“Hepsinin çocuklarının adını da biliyoruz, torunlarının adını da biliyoruz ki onlara sürekli soruyoruz, albümlerini alıyoruz mesela ailelerden. Anımsatma terapisi bunu yapmaya çalışıyoruz mesela. Çoğunun isimlerini biliyoruz işte, getiren kişilerin isimlerini biliyoruz.” (KAM SP03)

İç mekân konfor koşulları

Tema 10: Malzeme özellikleri

İmkk/Malz./Tekrarlayan Desen Halüsinasyon veya Obsesif Duruma Sebebiyet

Verebilir: Alzheimer hastalığına bağlı davranışsal değişikliklerde algı bozuklukları, hastaların görsel ve diğer halüsinasyon durumu yaşamalarına sebebiyet vermektedir. Bu durumu önlemek amacıyla seçilen malzemelerdeki desen ve formlara dikkat edilmesi gerekebilir.

“Kullanılan malzemelerin sade olması onlar için daha iyi olabilir. Çünkü algıda karışıklık olabiliyor, zihin karmaşası yaşıyorlar.” (KAM SP05)

³ Müzik terapisi, bir müzik terapistinin bir danışan veya grupla, onların fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarına karşılık verebilmek adına iletişim, diyalog, öğrenim, mobilizasyon, ifade, organizasyon ve bunlarla ilişkili diğer terapötik amaçları gerçekleştirebilmek ve kolaylaştırmak amacıyla planlı bir süreçte müzik ve/veya müzikal unsurlarının kullanmasıdır. (Dünya Müzik Terapisi Federasyonu (WFMT))

“Mesela banyo seramiklerimiz düz beyazdır. Çünkü, bizim hastalarımız hayal görürler, halüsinasyon görürler ve eğer siz orda bir çiçek böcek, geometrik desenli bir seramik koyarsanız hasta bunu halüsinasyon görür, başka bir objeye benzetir ve banyoyu kullanmak istemez.” (MAM SP06)

İmkk/Malz./Çok Parlak Malzemeler Kullanılmamalı: Algı bozuklukları yaşayan alzheimer hastaları, aşırı parlak yüzeylerden yansıyan görüntüleri takıntı haline getirebilir.

“Gösterişli bir mermer kullanılmış ama bir iki hastada şey gördüm, hani orada yürürken, sanki kendini görünce, mermer yansıtmalı biraz parlak bir yüzey. Orada görünce sanki boşlukta yürüyormuş gibi hissediyor galiba. Yerde zemin yok da kayıp düşecekmiş gibi hissediyor. Orada bir yavaşlayıp, yere bakanlar falan görüyorum.” (MAM SP03)

İmkk/Malz./Antibakteriyel Olmalı: Bakım merkezlerinde kullanılacak malzemeler seçilirken antibakteriyel özellikte olmalıdır.

“Derin duymayı algılayan, reseptörlerin olduğu bölge... Derin duyu algılanmasında sorunlar oluyor, çok aşırı parlak zeminlerde... O yüzden gördüğünüz gibi orada antiseptik özellikte, ee çok parlak olmayan, hastayı rahatsız etmeyen zeminler kullanıldı.” (KAM SP04)

İmkk/Malz./Kolay Temizlenebilir Olmalı: Hastaların günlük yaşam aktivitelerini tek başlarına yerine getirmekte zorluklar yaşayacağı göz önünde bulundurularak, personel açısından temizliğin kolaylıkla sağlanabilmesi için, seçilen malzemelerin kolay temizlenebilen özellikte olması gerekmektedir.

“Yani şimdi buradaki sürekli hastalar, bez kullanıldığı için deri kullanılıyor koltuklarda... Ya koltuklar deri olmasa da, üzerindeki ee mesela artı örtüleri deri. Temizlik açısından daha iyi olur diye ama...” (EAM SP06)

Tema 11: Kapı

İmkk/Malz./Kapılar/Ahşap, Ev Hissi: Bakım merkezlerinde tercih edilen genel konseptte ‘ev gibi’ hissini yaşatmak için doğal malzemelerin seçimi daha olumlu sonuçlar sağlar.

İmkk/Kapılar/Otomatik Açılır Kapı (-): Hastaların güvenliği ve kullanımı açısından manuel kapılar tercih edilmelidir.

“Bunun dışında ee yurtvari, sıralı kapılar. Yurtvari, sıralı kapılar olduğu zaman kişiler o zaman kendisini daha güvensiz hissediyor. Evimizde nasıl kapılar olmuyor değil mi? Her yer. Yani ev hissinin olacağı şekilde kapılar dizayn edilmeli ve ee otomatik kapılardan ziyade, daha çok hastanın geleneksel alıştığı şekilde kapılar dizayn edilmeli.” (KAM SP04)

İmkk/Malz./Kapılar/Cam (-): Hastaların yaşadığı algı bozukluklarının dolayı cam kapılar güvenlikleri için tehlike oluşturabilmektedir.

“Metal kapılar evet. Kenarları daha yumuşak kapılar olabilirdi. Daha sonra hastalarımız algılayamıyor. Algılarını zamanla yitirdikleri için kapılarımız cam gri kapılar dikkat ettiyseniz direkt kendilerini oraya vurabiliyorlar. Bu benim için büyük bir eksiklik. Onun için kapılar cam olmamalı.” (KAM SP05)

Tema 12: Duvar

İmkk/Malz./Duvar/Düz ve Homojen: Düz ve desensiz malzeme kullanımı hastalardaki algı bozukluklarından kaynaklanan halüsinasyon ve diğer belirtileri azaltır.

“Her zaman için şeffaflık çok daha iyi oluyor. Ee, bir resimdir veya bir görsel daha, meselâ diyelim ki duvar kağıdı ve çiçek duvar kağıdı veya üç boyutlu bir duvar kağıdınız var. Bunu hasta kafasında çok daha değişik yerlere çekebilir. Şeffaf veya düz.” (KAM SP06)

İmkk/Malz./Duvar/Yansıtıcı ve Parlak Malzeme Kullanılmamalı: Duvar yüzeylerinde aşırı parlak ve yansıtıcı yüzeyler kullanmak aşırı uyarıcı olabileceği için kaçınılmalıdır.

“Sadece, var sanma gören hastalarımız, mesela dışarı çıkarken veya girerken gözlemlediğim kadarıyla, tuğlalarımız var ya bizim girişte, yazıyı yansıtıyor, tuğlalarla konuşma şeyinde bulunuyorlar.” (MAM SP05)

Tema 13: Zemin

İmkk/Zemin/Düz ve Homojen: Hastalığın getirdiği algısal bozuklukların sebebiyet verebileceği davranışsal güçlükler yaşamalarına mani olabilmek için kullanılan zemin malzemesi düz ve homojen seçilmelidir.

“Desenli olsaydı daha fazla dikkatlerini çeker ve takıntı yapardı. Ama düz zeminde çok fazla olmuyor. Zihinsel durumları çok fazla yerinde olmadığı için.” (MAM SP05)

İmkk/Malz./Zemin/Desenli Kaplamalar (-): Alzheimer hastalarında meydana gelen değişikliklerden ötürü desenli kaplama kullanılması takıntı yapmaları veya halüsinasyon görmelerine sebebiyet verebilir.

İmkk/Malz./Zemin/Kaydırmaz Olmalı: Hastaların güvenliği açısından kullanılan zemin malzemeleri kaydırmaz özellikte olmalıdır.

“O yüzden gördüğünüz gibi orada antiseptik özellikte, eu çok parlak olmayan, hastayı rahatsız etmeyen zeminler kullanıldı. Düşmeyi engelleyecek şekilde zeminler kullanıldı. Bu hastalarda sadece Alzheimer hastalığı yok. Onların yanında, romatolojik hastalıklar da mevcut. Dolayısıyla, kaymasını önleyecek, algısını daha iyi yapabileceği zeminler olmalı.” (KAM SP04)

İmkk/Malz./Zemin/Siyah Renk (-): Alzheimer hastaları, hastalığın ilerleyen evrelerinde derinlik algılarında sıkıntılar yaşayabiliyor. Bu bozuklukların önüne geçebilmek için zeminde siyah renk tercih edilmemesi daha doğru olmaktadır.

“O tarz görüntüler sanki hastanın kafasını karıştırıyor. Çünkü orda bir desen var şey var çünkü... Şöyle oluyor meselâ, şeyde ee dış ortamdaki karolarımız kimisi siyahlı, kimisi beyazlı. O siyahlı olan kısmı kuyu gibi düşünüyor hastalarımız, kuyu zannediyor. Basmak istemiyor. Burda iç mekân dümdüz ve aynı renk. İç mekânda sıkıntı olmuyor. Girişteki arada mesela o siyahlı olan parkeyi kuyu gibi düşünüyor orayı.” (KAM SP03)

İmkk/Malz./Zemin/Parke + Ev Gibi: Bakım merkezlerinde tercih edilen genel konseptte ‘ev gibi’ hissini yaşatmak için doğal malzemelerin seçimi daha olumlu sonuçlar sağlar.

“Hani bu parke alanını bi evi anımsatıyor ama ee fayanstır veya büyük karolardır onların olduğu alan biraz daha resmiyeti veya biraz daha dış mekân ee görseelliğine kayabiliyor.” (KAM SP06)

Tema 14: Renk

İmkk/Renk/Açık Tonlar: Bakım merkezlerinde tercih edilen renklerin aşırı uyarıcı olmasından kaçınılıp daha açık tonlar tercih edilmelidir.

“Kapı renkleri de aynı şekilde çok açık renkler kullandık. Akçaağaç bir kaplama, tamamen MDF bir şeyimiz var, lamine kapılarımız var. Çünkü hastaların, keskin renklerle ilgili, ciddi ajitasyon riskleri var.” (MAM SP06)

İmkk/Renk/Pastel Tonlar: Pastel tonların tercih edilmesi mekânlarda daha dinginlik ve iyimser bir hava yaratan etki bırakmaktadır.

“Bizim merkezimizde de gördünüz zaten, daha çok ya sıcak renkler, ya da pastel tonları kullanılmış.” (KAM SP04)

İmkk/Renk/Canlı Tonlar: Merkezlerde bazen tercih edilen canlı renklerin hastaların dikkatini daha kolay çekebilme özelliği olsa da, renklerin aşırı uyarıcı olmasından kaçınılmalı, hastalara rahatsızlık verebilecek tonlar seçilmemelidir.

“Yani hani göreceli bir kavram direkt o yönde bir gözlemim oldu dersem yanlış olur ama gördüğüm kadarıyla canlı renkli şeyleri daha çok seviyorlar.” (EAM SP03)

Tema 15: Renk farklılıkları

İmkk/Renk/Zemin Rengi/Tek Renk ve Desensiz: Zeminde derin renk farklılıkları gidilmesi ve aşırı uyarıcı renklerin tercih edilmesi hastaların algı durumunda sıkıntılar yaşamasına neden olabilir.

“O yüzden, hani o tarz karolarda renk değişimi olacağı için, oraya basmaktan tedirgin olabilirler. Öyle olacağı için bence sade, tek renk daha uygun. Açık renk seçim, şuan aslında daha iyi... Buraların zemin döşemesi bence uygun...” (KAM SP03)

İmkk/Renk ve İşaret Kullanımı/ Yer Yön Bulma Üzerindeki Etkisi (+): Alzheimer hastalarında meydana gelen mekân oryantasyon bozukluğunu en aza indirmek adına, mekân içerisindeki dolaşımı sırasında odaların kapılarında veya koridorlarda, bireyin kendi başına yetebilmesi için yönlendirmeler yapılması ve bu yönlendirmelerin renkler, işaretler, yazılar ile desteklenmesi olumlu sonuçlar vermektedir.

“Kontrast renkleri tercih ettiğimiz yerlerde var. Zeminde tercih etmiyoruz ama nerede tercih ediyoruz. Özellikle lavabolarda, tuvaletlerde, banyoda hastaların girdiği zaman klozet ile klozetin üst kısmındaki farklı kontrast olması gerekiyor yani. Klozet ile üstü kontrast olmalı ki ona oturabilmeyi bilmesi lâzım. Anlatabildim mi? Yoksa, orada kontrast olmazsa o algılayamıyor. Nereye oturacağını bilmiyor. Bu arada dediğiniz gibi, yönlendirme amacıyla evi kapılarda vesaire kontrast kullanılabilir. Ya da mutfaklar da kullanılır.” (KAM SP04)

İmkk/Renk/Kapılar/Banyo Kapıları Farklı Renk Yapılarak Kodlanmalı: Yer ve zaman kavramlarında bozulmalar meydana gelen hastalarda kapı renklerini farklılaştırmak, kendi başlarına odalarını veya banyonun yerini bulamaları konusunda onlara yardımcı olabilir.

“Hani hastamıza, her ne olursa olsun, kendi işini kendisi görebilen yaşlılarımızda var. Mavi kapı dediğimiz zaman. Hani, “Lavaboya gideceğim yavrum.” dediği zaman,”Mavi kapıya doğru gideceksin, teyzem.” dediğim zaman illâki o algı onda pozitif etki yaratır. O uyarıcı şeylerin tabelaların ve simgelerin olması pozitif etki yaratır.” (EAM SP03)

Tema 16: Aydınlık düzeyi

İmkk/ Aydınlık Düzeyi/Gün Işığı (+): Yeterli aydınlık düzeyinin sağlandığı, gün ışığı alan mekânlar hastanın psikolojik yönden daha iyi ve huzurlu hissetmesini sağlar.

“Aydınlık düzeyi ee ne çok parlak olacak, ne de karanlık... Yani normal gün ışığının girebileceği, hastanın kendisini hem güvende sakın, dingin, huzurlu hissedeceği aydınlık şekli olmalı.” (KAM SP04)

“Işık mesela delirium diye bir durum vardır. Bilirsiniz belki. Akşama doğru inen bir dönemde bizim de hepimizin içi öyle içi sıkıntılı olur.” (EAM SP02)

İmkk/Aydınlık Düzeyi/Karanlık (-): Doğal ışık alamayan ve yapay ışığın da yeterli olmadığı karanlık mekânlar hastaların kendilerini huzursuz hissetmelerine ve ajitasyon yaşamalarına sebep olur.

“Tabi şöyle, karanlık bir alanı sevmiyorlar. Zaten, hemen girer girmez perdeleri açıyoruz. Aydınlık olsun diyoruz. Çok öyle karanlık ortamları sevmiyorlar. Ee, öyle olduğu zaman, hemen ışığı yakın diyenler oluyor.” (KAM SP01)

İmkk/Aydınlık Düzeyi/Yatakhaneler/Gece Hafif Aydınlatılmalı: Alzheimer hastalarının gece uyanmaları durumunda korku ve ajitasyon yaşamamaları için, uyudukları mekân gece hafif aydınlatılabilir.

“Hani meselâ, odaları içinde bazı yaşlılarımız ışığı kapattığınızda kesinlikle uyumuyor. Gece lambası tarzında kullandığımız ışıklar var. Herhangi bir ışık istiyor. O yatarken loş ışık odasının, hafif aydınlık, kalktığında ee hani düşmeyecek şekilde olması iyi olur.” (EAM SP05)

İmkk/Aydınlık Düzeyi/Koridorlar/Aydınlık (+): Hastaların gece kalkmaları durumunda herhangi bir sıkıntı yaşamamaları için, ortak dolaşım alanları aydınlatılmalı.

“Sürekli aydınlık bulunduruyoruz. Koridor ışıklarımızı, yönlerini bulabilmeleri için, kendilerini güvende hissetmeleri için, herhangi bir sıkıntı yaşanmasın diye sürekli aydınlık bulunduruyoruz koridorlarımızı.” (MAM SP02)

İmkk/Aydınlık Düzeyi/Gün Batımı Sendromu Görülüyor: Alzheimer hastalarının büyük bir kısmında görülen gün ışığının azalmasıyla huzursuzluk, kaygı ve güven duygusunda bozukluk ortaya çıkar ve sonunda bu ileri derecedeki ajitasyon ve hezeyanlara varabilen bir durumdur.

“Işık meselâ, delirium diye bir durum vardır. Bilirsiniz belki alkolü bırakmada da çok olur. Akşama doğru inen bir dönemde bizim de hepimizin için öyle, içi sıkıntılı olur. Dolayısıyla, bu neden kaynaklanır, ışığın artık gitmeye başlamasından. Halüsinasyonlarda o saatlerde başlar. Dolayısıyla gün ışığı ne kadar çok... Gece de gün ışığı modelleri.” (EAM SP02)

Tema 17: Aydınlatma özellikleri ve karakteri

İmkk/Aydınlık/Doğal Işık: Doğal ışık kullanımının hastalar üzerinde psikolojik yönden iyileştirici etkileri bulunur ve ajitasyon durumu yaşamalarını indirger.

“Yani, genelde zaten doğal ışığı seviyolar. Meselâ, hani bir ışık yakmaktansa camı, perdeyi açıyorlar, kendileri kalkıyorlar. Ya da ne bileyim dışarı çıkıyorlar, güneşleniyorlar geliyolar meselâ... Yapay ışık tabi ki daha pasif kalıyor.” (EAM SP01)

İmkk/Ayd. Karak./Dolaylı Işık Kaynağı: Doğal ışık kaynağının yetmediği durumlarda yapay ışık kullanılması gerekmektedir.

“Bence görmeyen. Indirect yöntem. Onu görmeyecek Onun oradan olduğunu zaten algılamaz, ama en azından her zaman için gündüz olacak uyuyana kadar.” (EAM SP02)

İmkk/Ayd. Karak./Işık Rengi/Beyaz-Günüşiği: Yapay aydınlatmalarda seçilen ışık rengi beyaz gün ışığı rengi olmalıdır.

“Yani, her zaman tabi doğal ışık tercih edilir ama akşamları daha çok gün ışığı şeklinde ışıklandırma tercih edilmeli.” (KAM SP04)

İmkk/Ayd. Karak./Gün Işığını Simule Eden Ayd. Ürünleri: Yapay aydınlatma karakterinin gün ışığını simule eden özellikte olmasının tercihi daha olumludur.

“Karanlık olurken hem korkarlar, ışıkları yaktığınızda ilk zamanlarda bir tedirginlik yaşarlar. Çünkü o ışıklar ilk zamanlarda onlara çok alıcı oluyor. Onun için bana göre böyle bir güneş ışığı, gün ışığı gibi olması gerekiyor.” (EAM SP04)

İmkk/Ayd. Karak./Sarkıt Aydınlatma (-): Aydınlatma karakteri olarak hasta güvenliği açısından da sarkmayan gömülü veya sabitlenmiş armatürler tercih edilir.

“Hastayı herhalde şey avizeye falan bakarak biraz böyle şey yapabilirdi ama o da işte top oynuyoruz bazen takılabilir. Teyzelerimizde yok, ama amcalarımızda baya güçlü atan amcalarımız var. Öyle olunca bence bunlar uygun. Hasta güvenliği açısından da uygun... Bir paçası düşer, bir şey olur. Öyle şeyleri sevmem. Hastalarımın güvende olması lâzım, aklım kalır yoksa.” (KAM SP03)

İmkk/Ayd. Karak./Abajur (-): Abajurlar, sarkıt aydınlatma veya lambader kullanımı hasta güvenliği açısından tehlike arz edebilmektedir.

“Denedik, onu da denedik işte hastalarımız düşürüyor, ayağına takılıyor. Yani duvardan hastanın fiziksel alanını kısıtlamayacak şekilde duvardan monte ya da tavandan monte olması daha sağlıklı.” (EAM SP03)

Tema 18: İklimlendirme

İmkk/İklimlendirme/Isıtma/Merkezi Sistem/Kalorifer: Bakım merkezinde hastaların sağlığı açısından ideal iklimlendirme ve havalandırma koşullarının yakalanması önemlidir.

“Bazı aksaklıklar var. Onu da sağ olsun belediyeye bi telefon ediyoruz, hemen gideriyorlar. Yazın havalandırma açısından o aşağıdaki odalar fevkalâde serin oluyor. Hiç böyle klimaya gerek kalmıyor. Kışında sıcak oluyor. Kaloriferimiz merkezi sistem olduğu için 50-60 derecede yandığı zaman fevkalâde ısıtıyor. Yeterli hem de yeterli. Kaloriferlerimiz de gayet yeterli ” (KAM SP01)

İmkk/İklimlendirme/Isıtma-Soğutma/Klima: Klima yaşlı ve hasta bireylerin sağlık durumu için pek ideal olmasa da ekstra iklimlendirme ve havalandırma şartlarına sahip yerlerde kullanılmaktadır.

“Klima sistemlerimiz artı kalorifer sistemlerimiz var. Hava durumuna göre sıcak veya soğuk ayarlanıyor.” (MAM SP05)

İmkk/İklimlendirme/Isıtma-Soğutma/Fancoil: İdeal ısıtma ve havalandırmanın önemli olduğu bakım merkezlerinde, ısıtma, soğutma ve havalandırmanın tavan tipi olması kalorifer peteğinden doğabilecek kazaları önlemek adına daha olumlu olabilmektedir.

“Klimamız yok fakat şöyle bir şey var. Burda zaten tadilat var. Yeni binalarımızda yukarıdan alçıpanla ee duvar arasında havalandırma sistemi yapılmış. Kaloriferler iptal olacak. Ordan sıcak hava, soğuk hava öyle iklimlendirecek yani.” (EAM SP05)

“Çift kanal VRF iklimlendirme klima sistemimiz var. Bu çift kanal VRF iklimlendirme yetmediği hâalde biz binayı önce bir havalandırma sistemi koydurduk. Aynı bir havalandırma sistemimiz de var. Bu iki sisteme rağmen geniş camlarımızla düzenli havalandırıyoruz. Ayrıca, dış ortam havasını da alıyoruz.” (MAM SP06)

İmkk/İklimlendirme/Isıtma-Soğutma-Havalandırma/Pasif İklimlendirme: Bakım merkezlerinde doğal iklimlendirme ve havalandırma yöntemlerinin kullanılması hem hastaların sağlığı açısından hem de çevre açısından daha yararlıdır.

İmkk/İklimlendirme/Havalandırma/Cam Açmak: Pasif iklimlendirme konusunda cam açmak havalandırma ve soğutma yöntemlerinden biridir.

“Soğutma konusunda herhangi bir şeyimiz yok bizim burda. Klimamız yok. Ama olması gerekir. Çok sıcak ee ve ışıgın çok fazla güneş ışıgın çok fazla geldiği yerlerde içeride bunalım yaşayabiliyoruz. Burada şey yani ee camlar açılması ile bir havalandırma sağlanıyor. Onu da yeterli görüyorum şuanda.” (KAM SP06)

Tema 19: Gürültü düzeyi

İmkk/Gürültü/Dışarıdan Gelen Ses/Trafik (-): Alzheimer hastaları gürültüden son derece olumsuz etkilenmektedir. Ses yalıtımlı kapı, pencere ve duvar sistemi kullanımıyla, gürültünün hastalar üzerindeki olumsuz etkisi de minimize edilmiştir.

“Rahatsız oluyorlar evet yani bir çok yoğun araba geçtiğinde ve camlarımız açık olduğunda ‘şu camı bi’ kapat çok gürültü var’ diyorlar ya da işte ‘başım çok ağrıyor şimdi bu sesi hiç kaldıramam’ dedikleri mutlaka oluyor.” (MAM SP02)

İmkk/Gürültü/İç Mekân Gürültü Düzeyi/ İç Mekândaki Ses (-): Alzheimer hastalarının gürültüden dolayı huzursuz ve ajite olmalarını engellemek amacıyla iç mekânda yalıtımlı bölme duvar sistemi kullanılması önemlidir.

“Meselâ şöyle oluyor, gürültü düzeyi artarsa ajite olan yaşlılarımız olabiliyor. Mesela gece kâbus görüyor, gerçek sanıyor, uyanıyor ya da beli ağrıyor bağırmağa başlıyor. Diğer yaşlılarımız uyanıyor meselâ, eğer bu devam ederse, onların da uyku düzeni bozuluyor.” (EAM SP05)

İmkk/Gürültü/ İç Mekân Gürültü Düzeyi/ Televizyon Sesi (-): Alzheimer hastalarının yoğun olarak kullandığı mekân televizyon izleme alanı olsa da, diğer hasta bireylerin rahatsız olmasını engellemek gerekmektedir.

“Bizim hastalarımız özellikle gürültüyü kesinlikle sevmezler. İç mekânda da olsun dış mekânda da olsun. Meselâ, televizyonun sesini biraz aşırıya yükselttiğinizde illâ ki, bir tepki görürsünüz birilerinden.” (EAM SP03)

Donatılar

Tema 20: Acil müdahale ekipmanları

Acil Medikal Müdahale Odası/Var: Alzheimer hastalarının büyük çoğunluğunun 65 yaş üstü olduğu düşünüldüğünde, bakım merkezlerinde ilk yardım yapma gereksinimi duyulabileceğinden acil müdahale odası bulunması gereklidir.

“Tabi, mevcut. Hem revirimiz var hem de yoğun bakım odamız var. Gördünüz mü bilmiyorum. Doktorumuz da var. 24 saat kendisine ulaşabileceğimiz ve her gün buraya gelip işte hastalara visit yapan doktorumuz var. Sağlık personelimiz, hemşirelerimiz var.” (MAM SP04)

Acil Medikal Müdahale Olmalı/Donatı Yeterli: Bakım merkezlerinde temel ilk yardım ekipmanlarının bulunması mutlaka gereklidir.

“Şimdi burada şeyimiz var. İlk yardım malzemelerimizin hepsi tamam... İşte bunu da yine İstanbul’dan genel merkezden eğitim alarak hangi tür şeyler

*lâzım, ne bileyim şeker ölçeri var, oksijen tüpümüz var, tansiyon aletimiz var.
Ne biliyim nabız ölçer aletlerimiz var. Hepsini aldık, onlar var.” (KAM SP01)*

Tema 21: Aksesuarlar

İmdonatı/Aksesuar/Mekânda Kişiselleştirme/Dolap-Tablo Vb.: Hastaların benimsedikleri, sevdikleri ve eskiden kullandıkları eşyaları beraberinde getirmesi mekân içerisindeki aidiyet duygusu hissetmelerini kuvvetlendirir.

“O panosu meselâ sürekli yatak odasında idi. Şimdi salonda şey yapıyoruz. Ondan mutlu oluyor meselâ... Geçmişine ait eşyaların kesinlikle etkisi var odalarında da.” (EAM SP03)

İmdonatı/Aksesuar/Bellek Yardımına Etki (+): Oda içerisinde hastanın eski hayatından tanıdık nesneler bulunması, hastanın mekâna olan aidiyet duygusunu güçlendirebilir. Bulunduğu mekânda daha huzurlu ve sakin vakit geçirmesine etkisi bulunmaktadır.

“Etkisi var tabi, ama bizim toplumumuzda genel olarak ilginç bir şey, yani çok bağlı oldukları eşya yok. Biz diyoruz meselâ, sevdikleri bir yatak örtüsü varsa getirin, çok sevdiği bir koltuğu varsa getirebilirsiniz. Ne bileyim sevdiği bir yastığı vesaire getirenler de oluyor ama çoğu getirmiyorlar.” (MAM SP06)

İmdonatı/Aksesuar/Fotoğraf Albümleri (+): Alzheimer hastalığının kognitif alanda en belirgin etkisi bellek kaybıdır. Hastalar bir süre sonra kendi ailelerini tanıyamaz duruma gelirler. Bunu geciktirmek amacıyla personeller fotoğraf albümleri ile hastalara anımsatma terapisi yapmaktadır. Odalarında bulunan aile fotoğrafları ile bu çalışma desteklenebilir.

“Yani bu onların kendine has şeyleri meselâ biz özellikle albümler fotoğraflar üstünden, her hasta yakınının birer tane albüm isteme olayımız oluyor. Odaları fotoğraflarla çerçeve vesaire süsleme imkânı veriyoruz. Mümkün olduğunca orayı kendine ait olduğunu hissetmesi açısından, hani kendi çarşafı, nevresimleri biz sağlasak da evinde kullandığı bir şey vardır.” (MAM SP03)

İmdonatı/Aksesuar/Ayna (-): Hastaların yaşadığı algı bozukluğunda ötürü, hastalar aynada kendini tanıyamaz ve ayna ile konuşmaya çalışmakta olduğu gözlenmekte ve takip edildiğini düşünmek gibi çeşitli huzursuz edici var sanrılara kapılabilmektedir. Hastaların psikolojik sağlığı açısından ayna kullanılmamalıdır.

“Ayna, evlerde bile biz aynalara alzheimer hastaları olan evlerde kapattırıyoruz. Çünkü aynayla kavga edebiliyor, kendini tanımadığı için aynadaki görüntüsünü, zarar verebiliyor.” (MAM SP04)

Tema 22: Mobilya özellikleri

İmdonatı/Mobilya/Yuvarlatılmış Köşeler: Bakım merkezlerinde kullanılan mobilyalar konforlu ve sağlam olduğu kadar hasta güvenliğine zarar vermeyecek şekilde olmalı sivri köşeleri varsa yumuşatılmalı.

“Mümkünse yuvarlak şöyle köşeli masalar değil de; köşeli masaların özelliği şöyle yani nerede bittiğini hissedebiliyor hasta, köşeli olduğu için... Yuvarlakta nerede bittiğini hissetmesi zor. Ama işte, onun kenarlarına kontrast kullanırsa, yuvarlak masanın etrafında bitimini gösteren bir kontrast olursa, kişi masanın bittiğini iyi algılar ve kullanılan tabaklarda masanın üstündeki renkler tezat oluşturacak kontrast.” (KAM SP04)

İmdonatı/Mobilya/Renk/Kontrast Renk Kullanımı: Alzheimer hastalarında oluşan algı bozukluklarında hastaları yönlendirmek için kontrast renk kullanılması hastaların algı seviyesini yükseltmektedir.

“Meselâ yaşlınızın önünde... Bu bilinçli hastada olmuyor, ama biraz daha ilerleyen hastada şu şekilde oluyor yemek masasına geldiğinde yaşlınız önüne tabağı koyduğumuzda, beyaz bir tabağı koyduğumuzda ee ilk başta sanki önüne hiç yemek konmamış gibi bir tepki verebiliyor. Biz hani, ama eline kaşığı verdiğimizde yani, o kaşığı tutup böyle yemeği gördüğü zaman, biz gösterdiğimiz zaman, şey yapan oluyor hani algılayan. Ama dediğiniz gibi turuncu bir renk olsa daha iyi algılayabilir.” (EAM SP05)

İmdonatı/Mobilya/”Ev Gibi”/Perde-Koltuk-Kanepe Vb./Sıcaklık Hissi: Bakım merkezlerinin temel konsept amacı olan ‘Ev Gibi’ hissini destekleyecek mobilya ve aksesuar seçimleri yapılabilir.

“Zaten şöyle bir şey var; eğer ki, bunlara ev sıcaklığını vermezseniz, bunları burada tutamazsınız. Meselâ şöyle bir şey var, hani evde kullandığımız kanepeyi, koltuğu değil de ofiste bilemem başka yerde kullandığınız koltuğu koyarsanız onlara o sıcaklığı veremezsiniz. Onlar zaten o koltuğa da inanın ki oturmazlar.” (EAM SP07)

İmdonatı/Mobilya/Sabit Mobilya: Hastalarda meydana gelen kognitif ve işlevsel bozukluklar sebebiyle meydana gelebilecek kazaları engellemek amacıyla tehlike oluşturabilecek her türlü hareketli mobilyanın sabitlenmesi önemlidir.

“Tekerlekli sandalye değil de, mutlaka sabit bir sandalye olması lâzım. Hareketli mobilyalardan kaçınmak lâzım, kesinlikle öyle...” (MAM SP05)

İmdonatı/Mobilya/Ergonomi: Bu hasta grubu ileri yaşta olduğu için seçilen ve kullanılan mobilyalarda ergonomik özelliklere bakılırken daha hassas davranılması gerekmektedir. Bakım merkezinde kullanılan mobilyalar rahat, hafif ve sağlam olmalıdır.

“Çok sert olmuyor. Hani daha ortada bir şey olması... Çok yumuşak olduğu zamanda fiziksel olarak boynu bükülecek, hani onun anatomisini de etkilemeyecek, daha anatomik şeyler tercih edilebilir.” (EAM SP03)

Tema 23: Mekân-Donatı İhtiyaçları

İmdonatı/Koridorlar/Tutunma Bantları (+): Alzheimer hastaları ileri yaştan ötürü fiziksel bazı zorluklara da sahip olabiliyorlar. Bu durumda bina içerisinde dolaşımlarında kolaylığı sağlamak ve hasta güvenliğini koruyabilmek amacıyla tutunma bantları kullanılmalıdır.

“Lavabolara girdiklerinde, gidene kadar tutacak vardır, tırabzan dediğimiz şey vardır. Lavaboda da bu vardır. Bu da bir avantaj bu şekilde...” (KAM SP05)

İmdonatı/Hasta Odaları/Dolap/Bireysel Kullanım: Yatılı bakım merkezlerinde hasta odalarında her hastanın kendine ait bir kıyafet dolabının olması önemlidir.

“Kendi dolapları var. İyi durumdaki ilk evredeki hastalar kullanabiliyor. Ama orta ve ileri evredeki hastalar kullanamıyorlar. Çekmeceli bölmeleri var. Bir de askıya asabilecekleri ayrıca bir bölmeleri var, odalarında dolapların. Ama iki hastanın ortak değil ayrı. Fakat ikisi bir arada...” (MAM SP04)

İmdonatı/Yatak Odaları/Komodini (-): Hasta yatak odalarında hareketli komodin kullanılması özellikle geceleri hasta güvenliği açısından tehlike oluşturabilme riski taşımaktadır.

“Klasik bir gardırop klasik bir etajer yapmadık. Yatak başlarına etajerleri koyduk, raf gibi, yatak başı rafı gibi. Yatağın üzerinde o raflar. Onun altında

da lambaları var. Neden? Çünkü hasta inerken etajerlere çarpıyor, kafasını yarıyor. Bunlar bizim için tehlikeli oluyor.” (MAM SP06)

İmdonatı/Yemekhane/Yemek Takımı/Desensiz ve Düz: Hastalarda meydana gelen kognitif ve davranışsal bozukluklardan dolayı kullandıkları yemek takımları veya yemek örtüsü gibi aksesuarlar düz ve desensiz seçilmelidir.

“Masanın üstündeki tabaklarda tabağı ee kontrast renkte seçmek gerekiyor. Mümkünse tabakların üstünde, işte hayvan deseni, çiçek deseni olmaması tercih ediliyor. Niye? Meselâ diyelim ki, papatyalı çiçekli bir şey, onu alıp yemeye çalışıyor eliyle.” (KAM SP04)

Tema 24: Güvenlik önlemleri

Güvenlik/İzlenimci Önlemler: Bakım merkezlerinde kullanılan güvenlik önlemleri hastaların kendilerini huzursuz ve rahatsız etmemeleri amacıyla kamera, yarı açılır pencere, kablo kanalları gibi görünmez ve izlenimci olmalıdır.

“Eui kamerayla kontrole gelince zaten kamera odamız var müdür odasında bir kamera kontrol merkezimiz var. Bu da hastalarımızı hani caydırıcı değil, izlenimci, gözlem amaçlı kullanılan bir sistem.” (EAM SP03)

“İzlenimci ve caydırıcı güvenlik önlemleri kullanabiliriz. Mesela, kamera üzerinden... Yani parmaklık kullanırsak bu sefer ee kendilerini hapishanede hissedip daha fazla rahatsız olabilir.” (KAM SP06)

Güvenlik/İzlenimci Önlem/Kamera (+): Hasta güvenliğini sağlamak için bina girişlerinde ve çıkışlarında, ortak alanlarda ve koridorlarda kamera sistemi ile kayıt alınmaktadır. Kamera odalarında bu kayıtlar görevli personel tarafından takip edilmektedir.

“Kamera sistemlerinin mutlaka efektif kullanılması gerekiyor ve onun başında 24 saat bunları izleyen bir kişi olması gerekiyor. Kayıtların çok iyi tutulması gerekiyor. Ee bir de esas, yani kişi ee yaşayan, canlı birinin de onlara gözetmen olması gerekiyor.” (EAM SP02)

“Kamera sistemimiz var ama kamera sistemimiz odalarda değil. Hasta mahremiyeti açısından sadece koridorlarda kamera sistemimiz var. Güvenlik kulübesinden izleniyor. Aynı zamanda genel koordinatörümüzün odasında da kamera sistemi var. Oradan da izleniyor.” (MAM SP04)

Güvenlik/Görünür Önlem/Parmaklık (-): Merkezlerde pencerelerde parmaklık kullanımı hastaların huzursuz ve stresli hissetmesine sebebiyet verebilir ve ruhsal yönden zarar verip olumsuz etkiler yaratabileceği sebebiyle tercih edilmemelidir.

“Görünür olduğu zaman rahatsız edeceğini düşünüyorum meselâ parmaklık şeklinde. Onun yerine dolaylı, meselâ personel sayısı olarak artması daha uygun bence. Parmaklık koysak rahatsız olacak, hapis olmuş gibi düşünecek. Onu personel olarak kapatmak daha iyi...” (KAM SP03)

“Şimdi bi kere asla bir psikiyatrinin kapalı servisi gibi böyle korkuluklar, bariyerler olan bir yer olmamalı. Çünkü bu engellenme duygusu hastaları olumsuz etkiliyor.” (MAM SP04)

Güvenlik/ Pencere-Kapı/ Çocuk Kilidi: Pencerelerde meydana gelebilecek olası kazaları engellemek adına yarı açılır kilit kullanmak gibi önlemler alınmalıdır.

“Pencerelerde şu var, yani bizi etkileyen kurumun fiziki şartı değil, hastaların profili dediğim gibi hani düşmelerini engellemek için biz ister istemez bu çocuk kilidi dediğimiz kilitlerden takıyoruz.” (MAM SP03)

“Bir aksaklığımız yok onların özellikle üzerinde duruyoruz. İçeriden açılabilir otomatik kapı şekilde ama kesinlikle kilitli tutulmuyor ama şu var işte pencereler de risk o yönden de bizim pencereler tam açılır değil üstten açılır tarzda. Yan açılır değil üstten açılır tarzda tercih ettik..” (EAM SP03)

Güvenlik/Donatı/Prizler/Kapaklı: Hastaların tam güvenliğini sağlayabilmek için odadaki prizler kapaklı olmalıdır.

“Kapalı olmalı. Her zaman için bu çocuk kilidi dediğimiz şeylerin hepsinde olması gerekiyor. Prizlerin bu şekilde açık kalmamaları gerekiyor. Bizimkiler mesela çocuk kilidine sahip tüm prizler.” (KAM SP06)

“Temizlik odalarımız var. Hiçbir deterjan hiçbir kimyasal ortada değil. Temizlik odalarımızda ve odalar temizlik personelimiz tarafından kilitli tutuluyor. Sadece onlar girip çıkabiliyor. Hiçbir kablo yok ve onların hastaların odalarında prizler kapalı priz.” (MAM SP 04)

Güvenlik/Donatı/Kablolar/ Kablo Kanalı: Hastalarda halüsinasyon veya takıntılı durum yaşamalarına sebep olamaması açısından ayrıca, takılıp düşme gibi riskleri ortadan kaldırmak amacıyla kablolar, kablo kanalı ile gizlenmeli veya sabitlenmelidir.

“Kablo kanalları ile gizlenmesi yahut duvar içlerinden geçirilip, şey yapılması daha pozitif.” (EAM SP03)

“Güvenlik olacaksa onlara güvenlik olduğunu hissettirmeden, dolaylı olarak yapılmalı. Prizler onların ulaşamayacağı şekilde, elleriyle oynayamayacağı şekilde olmalı, kablolar ortada olmamalı.” (KAM SP04)

Güvenlik/Sirkülasyon/Dik Merdiven Tehlikeli (-): Alzheimer hastalarında hem derinlik algısının zarar görmesi hem de bu hasta grubunun yaş ortalamasının yüksek olması tek başlarına merdiven kullanımını oldukça tehlikeli kılmaktadır.

“Yani şöyle, bazı hastalarımız yani ayakta olduğu için dolaşıyorlar sürekli. Dolaşırken ortak salondan çıkıp merdivene yönelebiliyorlar. Ee bu merdiven ee şöyle yukarıdan kilitli bir şekilde duruyor. Fakat, eğer o gözden kaçırılırsa merdivenden düşme riski de var tabi. Ee hani, ee merdiven için de koruyucu lâzım çıkmalarını engellemek.” (EAM SP05)

“Merdivenden düşme tehlikeleri olacağı için, biz yangın merdivenlerimize alarm taktırdık. Açtıkları anda alarm çalıyor ve hemen hemşirelerimiz müdahale ediyorlar.” (MAM SP04)

Güvenlik/Donatı/Hemşire Çağrı Butonu: Yatılı bakım merkezlerinde yaşayan gece veya gündüz acil yardım ihtiyaçlarında olduklarında hemşirelere ulaşabilmeleri için her hasta yatak başında hemşire çağrı butonunun olması zorunluluktan konulsa dahi alzheimer hastalarının ihtiyaç halinde bu butonu kullanabilmeleri mümkün olmayabilir. Hastalığı ilerledikçe artan nörolojik sorunlar unutkanlık ve algı problemleri gibi sebepler bu butonu kullanabilmelerine izin vermeyebilir.

“Odalarda ses alarmı, hasta bağırdığı zaman hemşire ünitesinden onu duyabiliyorlar. Yani ışık yanıyor, fark edebiliyorlar. Bu da hastaların kontrollerini kolaylaştırdı. Çünkü yatakların başına alarm koymuş olsak da bizim hastalarımız o komutu algılayıp uygulayabilecek kapasitede değil.” (MAM SP06)

“Odalara önlem olarak şey koyduk. Zorunluluktan, buton koyduk, acil durum butonu. Ama yani bunu bir alzheimer hastasına bak burada başına bir şey geldiğinde şuna bas demek, çok sağlıklı bir şey değil yani. Ona basmayı bilen çok az kişi var. Biz yaptık da onun farklı bir versiyonu olabilirdi.” (MAM SP03)

4.5 Bölüm Sonucu

Araştırma boyunca yapılan görüşmeler sonucu ortaya çıkan temalar belirlenmiş ve alt-temalar ile detaylandırılmıştır. Bu bulgular eşliğinde, elde edilen bilgileri ve literatür araştırması sırasında toplanan veriler göz önünde bulundurularak, bir tasarım kılavuz seti önerisi hazırlanmıştır.

- Konum

Alzheimer bakım merkezlerinin toplu taşıma güzergâhlarına yakın, kolay ulaşımın sağlanabileceği lâkin kentin yoğunluğundan ve gürültüsünden mümkün olduğunca uzakta ve yoğunluğun azaldığı, çevresinde uyaran faktörlerin olmadığı, sessiz ve sakin bir bölgede konumlanması gerekmektedir.

- Ulaşım

Alzheimer bakım merkezlerine toplu taşıma ve özel araçlarla kolay ulaşım sağlanabilmesinin yanı sıra binaya erişimin kolay sağlanabilmesi için rampa ve asansör bulunması da önem kazanan unsurlardır.

- Bahçe

Alzheimer hastaları üzerinde bahçenin terapötik etkileri olduğu gözlenmektedir. Bu sebepten ötürü, bakım merkezlerinde mutlaka hastaların güvenliklerinin sağlandığı bir bahçede sosyalleşme, yemek yeme, spor, hobi bahçesi gibi çeşitli etkinliklerini gerçekleştirebilecekleri, dolaşabilecekleri, oturup dinlenebilecekleri alanların bulunması gerekmektedir.

- Plan kurgusu

Bu hasta grubunda mekân ve zaman oryantasyonu hasara uğradığı için, bakım merkezlerinin plan kurgusu hastanın kolay adapte olabileceği, algılayabileceği ve yönünü bulabileceği şekilde düz ve sade olmalı, kafa karışmasına sebebiyet verebilecek kompleks yapı planlarından kaçınılmalıdır.

- Boyut

Küçük ölçekli yapılar ve sosyal mesafeye uygunluk sağlayan alanlar, hem hastaların kafa karışıklığı yaşamaları minimize eder hem de hastaların kendilerini huzurlu ve güvende hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Bunun yanı sıra, kapı genişliklerinin tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalıdır.

- Genel mekân nitelikleri

Alzheimer bakım merkezlerinin hastalarının aidiyet duygularını arttırabilecek, onlara “ev gibi” hissiyatını yaşatan, sakinleştirici etkiler gösterecek seviye de sade, ferah ve müstakil yapılar olması gerekmektedir.

- İç mekân fiziksel özellikleri

Alzheimer bakım merkezlerinde ortak kullanım alanları ile dış mekân arasında pencere, kapı vb. kontrollü yırtıklar açılarak görsel iletişimin en üst seviyede bulunması, gereksiz uyarıcı etkilerin azaltılıp, yönlendirmeye ilişkin olumlu uyarıların yerleştirilmesi ve hastaların rahat dolaşım yapabilmelerine imkân sağlayacak ferahlıkta mekânlar kurgulanmalıdır. Bu çerçevede, hastaların vakit geçirdikleri mekânda geniş pencere boşlukları kullanılması ya da bahçeye açılan kontrollü bir kapı bulunması kendilerini daha rahat ve özgür hissetmelerini sağlayabilir. Merkezde hasta yakını ile görüşme odası, fizyoterapi odası, kış bahçesi, ilaç odası gibi birimlerin bulunması olumlu olabilir.

- Etkinlikler

Hastaların fiziksel ve sosyal yönden gelişmelerine yardımcı olacak, motor becerilerini geliştirecek aktiviteler, tuvalet alışkanlığı, diş fırçalama alışkanlığını koruyabilmek gibi, zihinsel aktiviteler, müzik terapisi, resim, kesme, yapıştırma, boyama, fotoğraf albümleri ile anımsatma terapisi, sosyalleşme amaçlı kitap okuma, sohbet etme, top oynama gibi etkinlikleri gerçekleştirebilmeleri için ihtiyaç duydukları nicelikte ve nitelikte mekânlar oluşturulmalıdır.

- Malzemeler

Alzheimer hastası bireylerin yaş ortalamasının da yüksek olduğu göz önünde tutularak, hastaların sağlığını koruyabilmek amacıyla; antibakteriyel, kolay temizlenebilir, kaygan olmayan, yumuşak, darbe emici, konforlu ve güvenli malzemeler seçilmelidir. Nörolojik bir hastalık olan alzheimer hastalığının getirdiği algı bozukluğu gibi özel durumlardan ötürü duvar ve zeminlerde çok parlak malzemeler ve tekrarlayan desenli malzemeler kullanımından kaçınılmalıdır.

- Renkler

Hasta psikolojisi üzerinde sakinleştirici ve dinlendirici etkilere sahip olan pastel ve açık tonlar seçilmelidir. Aşırı uyarıcı olan renklerden uzak durmaya dikkat edilmelidir. Hastaların nesneleri veya nesnelerin bitiş noktaları algılamalarını kolaylaştırmak, yer-yön oryantasyonlarına yardımcı olmak amacıyla objelerde, kapılarda ya da yönlendirme amaçlı yardımcı elemanlarda kontrast renkler kullanmak yardımcı olabilir.

- Aydınlatma

Doğal ışık, hastalar üzerinde ajitasyonu azaltıcı etkilere sahip olduğu için mümkün seviyede doğal ışıktan faydalanabilmek tercih edilmelidir. Doğal ışığın yeterli kalmadığı yapay aydınlatmaların kullanılması gerektiği durumlarda ise, gün ışığına en yakın aydınlatma rengi ve yeterli seviyede aydınlatma şiddeti sağlayan, tavana monte sabit aydınlatma armatürlerinin kullanımı seçilmelidir.

- İklimlendirme

Alzheimer bakım merkezlerinde yaşlıların sahip oldukları sağlık problemleri sebebiyle hassas bir bünyeye sahip olmaları ve bunun yanında üriner problemlerinin de bulunabilmesi iklimlendirme ve havalandırma kriterlerinin önemini arttırmaktadır. Bakım merkezlerinde ideal şartların yaratılmasının önemli olduğunun farkındalığıyla merkezi sistem tercih edilmeli, pasif iklimlendirmenin yetersiz kaldığı durumlarda tavan tipi sistem tercih edilmelidir.

- Gürültü

Gürültü, alzheimer hastalarını psikolojik yönden olumsuz etkileyebilmekte ve ajitasyon yaşayabilmelerine sebebiyet verebilmekte olduğundan, binada ses yalıtımlı kapı, pencere, duvar sistemleri kullanılmalıdır. Mutlaka iç mekân gürültü seviyesini de kontrol altında tutulabilmek adına yalıtımlı bölme duvar sistemleri kullanılmalıdır. Bakım merkezinin konum itibarıyla dışarıda oluşabilecek gürültü faktörlerinden en az etkileneceği bir çevreye sahip olması hastalar üzerindeki olumsuz psikolojik etkilerin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir.

- Mobilyalar

Alzheimer bakım merkezlerinde kullanılacak olan mobilyalar; yaşlı ve hasta bireyler için uygun, ergonomik, konforlu ve sağlam olmalıdır. Mobilyalar “ev gibi” hissini verebilecek ve hasta güvenliğini sağlayabilecek niteliklere sahip olmalıdır. Mobilyaların köşeleri hasta güvenliğini sağlamak amacıyla, yuvarlatılmalıdır.

- Aksesuarlar

Kişisel aksesuarların kullanılması, hastaların bulundukları mekânı benimseyebilmesi ve aidiyet duygularının kuvvetlendirir, mekânda kişiselleştirme sağlar. Ayrıca, kişisel eşyaların oda içerisinde bulunması alzheimer hastalarına yönelik bellek yardımı etkisi bulunmaktadır.

- Güvenlik

Alınan güvenlik önlemlerinin görünür değil, kameralar, çocuk kilitli pencereler, kablo kanalı, priz kapakları gibi görünmez ve izlenimci olması tercih edilmelidir. Gündüz ve yatılı merkezlerde geceleri hastaların gözetimi hizmet içi eğitim almış personeller altında gerçekleştirilmelidir. İlaçların, temizlik malzemelerinin saklanabildiği kilitli ve ayrı bir oda bulunmalıdır. Hastaların yaşadıkları fiziksel zorluklar ve derinlik algılarında oluşan problemlerin etkisiyle düşme tehlikesi bulunabileceğinden merdivenin etrafına mutlaka önlem alınmalıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya genelinde ve ülkemizde nüfus verilerine bakıldığında yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı giderek artmakta olduğu görülmektedir. Bu durum, yaşlılıkta meydana gelen hastalıkların görülme oranını arttırmış olmakla birlikte, demans ve özellikle bir türü olan alzheimer hastalığını en sık görülen hastalıklardan biri olarak gündeme taşımaktadır.

Alzheimer hastalığı geri dönüşsüz, ilerleyici, uzun ve yorucu bir süreç izlemekte; hafıza, motor ve sosyal becerilerde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ile, seyrederek hastaların günlük yaşamlarındaki bağımlılık seviyelerini arttırmaktadır. Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler günün çoğunu hastasına ayırmak zorunda kalmakta ve bakım veren psikolojik, fizyolojik hatta maddi yönden kayba uğrayabilmektedir.

Literatürde yapılan çeşitli araştırmalar sonucu, alzheimer hastalarının yaşadıkları mekânın hastalar üzerinde terapötik etkileri olduğu ve bununla birlikte bakım evleri ve merkezlerin tasarımının önem kazandığı görülmüştür. Hollanda, Danimarka, İngiltere, Almanya gibi Avrupa ülkeleri ve Amerika'da, alzheimer hastalarına dair farkındalık daha gelişmiş olup, bu hasta gruplarına yönelik yapılan çalışmaların sayısı giderek arttırılmış; bakım hizmetleriyle özel bakım merkezleri de önem kazanmış ve çeşitlendirilmiştir.

Ülkemizde, henüz alzheimer hastalarının bakımı için planlanmış bir yönetmelik bulunmamasından ötürü mevcut kurumlarda huzurevi yönetmeliği yahut gündüzlü bakım ile evde bakım hakkındaki yönetmeliğe uygun hareket edilmeye çalışılmaktadır. Fakat alzheimer hastalarının normal yaşlılık sürecinin getirisi olan rahatsızlıkların yanı sıra ileri dereceye varan nörolojik problemlere de sahip olmaları onları normal yaşlılardan ayırt etmektedir. Alzheimer hastalarının ve onlara bakım veren bireylerin özel ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte bir altyapıya sahip stratejik plan çalışmaları hazırlanarak yayınlanması, mevcut durumu daha iyileştirebilmek adına önem arz etmektedir.

Tüm bu gelişmeler dâhilinde, Kasım 2017 tarihinde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın hazırlatmış olduğu “Demans Bakım Modeli Raporu” ülkemizde, bu konu hakkında ilginin ve farkındalığın giderek önem kazandığını bizlere göstermektedir.

Ülkemizde bulunan alzheimer hastalarına yönelik kurumları incelendiğimiz zaman ise, yeterli sayıda bakım evleri ya da gündüz bakım merkezleri olmadığı göze çarpmakta ve bu konu hakkında henüz kapsamlı bir çalışma yapılmadığı için kaynak eksikliği dikkat çekmektedir. Bu sebepten ötürü, araştırma boyunca niteliksel ve niceliksel yöntemleri bir arada kullanarak karma yöntem izleyen bu çalışmada kanıta dayalı tasarım yaklaşımı benimsenmiştir.

Bu çalışmanın temelinde, alzheimer hastalarının yaşadıkları mekân ile iletişim ve etkileşimleri hakkında hastalara bakım verenlere yöneltilen sorularla, onların gözlemleri ve tecrübelerine dayanarak belirli iç mekân tasarım kriterleri oluşturulmaya çalışılmıştır.

Bakım verenler ve personellerle yapılan bu görüşmeler sonucu öne çıkan bazı önemli kriterler sırasıyla, *mekân örgütlenmesi* ve *plan kurgusunun* kolay adapte olunabilecek şekilde düz ve yalın olması, *bahçenin* hastalar üzerinde terapötik etkisinin bulunması, *iklimlendirme* ve *aydınlatma* kontrolü, görsel stimülasyonlar, *mobilya* ihtiyaçları, ergonomisi ve özellikleri, *aksesuarların* bellek takviyesine olumlu etkisi, yaşadıkları algı problemlerinin de etkisiyle halüsinasyon veya obsesif durumlara sebebiyet vermeyecek *malzeme* seçimi, sosyalleşme, psiko-motor, zihinsel geliştirme destekli *etkinlikler-eğitimler*, kameralar, çocuk kilitleri, prizler gibi izlenimci ve görünmez *güvenlik önlemleri* gibi hastaların üzerinde etkili olan nitelikler olarak gösterilmiştir.

Araştırmanın ortaya çıkan bulgularına göre, iç mekân tasarımının ve yaşadıkları çevrenin alzheimer hastaları üzerinde terapötik etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Alzheimer hastalığı her bireyde farklı seyredebildiği ve farklı evrelerde nüksedebildiği için uzun süreli bakım merkezlerinin tasarımı için kesin kriterler sağlamak güç olabilir. Yine de, ülkemizde toplum tabanlı yaklaşım ve etkin bir politikanın ulusal alanda belirlenmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Bu kapsamda açılacak yatılı bakım veya gündüz bakım evleri düşünüldüğünde, alzheimer hastalarının yaşamış oldukları evrenin ötelenmesi veya geciktirilmesine katkı sağlamasının yanı sıra alzheimer hastalığının yarattığı bakım zorluğu sebebiyle,

bakım verenlerin yaşamış olduğu iş gücü kaybı ve tükenmişliklerini azaltabileceği düşünölmektedir. Tüm bu etkenleri göz önünde bulundurarak, alzheimer hastalığı bir toplum sorunu haline gelmeden bakım politikaları hakkında yapılacak geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, gün geçtikçe genişleyen bu hizmet sunumunda tasarımı etkileyen ortak yönleri saptamak ve çalışmada belirtilen öneri ilkeler eşliğinde bu sürece bir katkı sağlamak olmuştur. Bu çalışmanın bir başka versiyonunda, belirtilen öneri kriterlerinin güvenilirliğini arttıracak istatistik veriler elde etmek amacıyla, katılımcı sayısı arttırılıp farklı örneklem gruplar üzerinde karşılaştırmalar yapılabilir. Bir başka çalışma da ise, farklı ölkelerdeki değışen költürlere sahip hasta bireyler ile Türkiye’deki költüre sahip alzheimer hasta grupları arasında değışen ihtiyaçlar, költür ile mekân arasındaki ilişkiyi araştırmak ilginç olabilir.

Demans ve alzheimer bakım hizmetlerinde, yaşlı bireylere kendi yaşam ortamlarında ya da bu ortama en yakın atmosferi verecek tasarımda kurumsal bakım merkezleri tasarlamak önemli olmaktadır. Bu çalışma süresi sonunda geldiğimiz noktada, yaşlı ve demans sahibi bireyler de iyi şartlar altında bakılmayı hak etmekte olduğu ve onlar için demans dostu mekânlar yaratmanın önemli olduğu bir kez daha vurgulanmak istenilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akyar, İ.** (2011). Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2):79-88. Erişim Tarihi: 18.03.2019
<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/88501>
- Alzheimer's Association.** (2017). 2017 *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Alzheimers Dement 2017;13: 325-373. Erişim Tarihi: 19.11.2017, <https://www.alz.org/media/HomeOffice/Facts%20and%20Figures/facts-and-figures.pdf>
- Alzheimer's Disease International** (2015). *World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia*. London, October. Erişim Tarihi: 01.10.2017, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Arioğul, S. ve Cankurtaran, M.** (2005). Demans ve alzheimer hastalığı, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 23-57. Erişim: 13.03.2019, <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/eylul05/4.pdf>
- Aşiret, G.D. ve Kapucu, S.** (2015). Alzheimer Hastalarının Bilişsel ve Davranışsal Sorunları Üzerine Etkili Bir Yöntem: Anımsama Terapisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 60-68. Erişim Tarihi: 19.12.2018, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/330830>
- Baral Kulaksızoğlu, I.** (2009). Alzheimer'li Hastalarda Görülen Psikiyatrik ve Davranışsal Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Özel Dergisi*, 2(1), 36-44.
- Baral Kulaksızoğlu, I.** (2014). *Türkiye'de Alzheimer'lı Hasta Sayısı Ne Kadardır?*. Erişim Tarihi: 14.03.2019, <https://www.saglikveyasam.com/turkiye-de-alzheimer-li-hasta-sayisi-ne-kadardir>
- Day, K., Carreon D., Stump C.** (2000). The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist Vol.40. No.4*, 397-416. Erişim tarihi: 21.10.2017, <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/40/4/397/641845/The-Therapeutic-Design-of-Environments-for-People>
- Dölek Önal, B.** (2012). Evde ve kurumda uzun süreli bakım. *Klinik Gelişim*. 25:94-101.

- Demantia Services Development Centre (DSDC).** (2013). Improving the design of housing to assist people with dementia. *Dementia Desing Series*. The Publishing Bureau, Scotland: The University of Stirling.
- Duthey, B.** (2013). Background paper 6.11: Alzheimer disease and other dementias. *A Public Health Approach to Innovation*, 1-74.
- Eker, E.** (2008). Alzheimer hastalığı, *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, No:62, (s.85-110). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Mart 7-8.
- Fleming, R., Goodenough B., Low L., Chenoweth L. & Brodaty H.** (2016). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia* 2016, Vol. 15(4) 663–680. doi: 10.1177/1471301214532460, Erişim Tarihi: 10.06.2018, <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301214532460>
- Fleming, R., & Purandare, N.** (2010). Long-term care for people with dementia: Environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22, 1084–1096. doi:10.1017/s1041610210000438, Erişim Tarihi: 26.09.2017, <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/653/>
- Gaugler, J.E., Yu, F., Davilla H.W. ve Shippee T.** (2014). Alzheimer’s Disease and Nursing Homes. *Health Affairs*, Vol. 33, No.4: *The Long Reach of Alzheimer’s Disease*. doi: 10.1377 / hlthaff.2013.1268, Erişim Tarihi: 24.04.2019, <https://bit.ly/2IFk8WR>
- Güler, A., Halıcıoğlu, M. B. ve Taşğın S.** (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul, Seçkin Yayıncılık.
- Gürvit, H. İ.** (2010). Demans Sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Dışı Demanslar. Erişim Tarihi: 16.01.2018, <http://www.itfnoroloji.org/demans/demans.htm>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.** (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
- Uygun, Ü. ve Taylan, H. H.** (2018). Alzheimer Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, *Jass Studies-The Journal of Academic Social Science Studies*, Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7819>, Number: 71 Autumn II 2018, p. 513-531.
- Kurtuluş, K.** (2010). *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul : Türkmen Kitapevi.
- Lök, N., Öncel, S., Özer, Z. ve Buldukoğlu K.** (2017). Institutional Services for Dementia Care in Turkey, Current Approaches in Psychiatry, Doi: 10.18863/pgy.310851, 9(4):464-473.

- McCullough, C.** (2010). Evidence-Based Design For Healthcare Facilities, II. Sigma Theta Tau International. Erişim Tarihi: 09.04.2019
<http://docshare02.docshare.tips/files/7358/73586537.pdf>
- Mesulam, M. M.** (2000). Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri. 2. baskı. Ed. Mesulam M.M. Çev Ed. Gürvit İH. Yelkovan Yayıncılık, İstanbul.
- Ören, N.** (2016). Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve tükenmişlik durumları arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özbabalık, D. ve Hussein, S.** (2017). Demans bakım model raporu. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi.
- Özdemir, Ü. ve Taşcı, S.** (2013). Kronik hastalıklarda psiko-sosyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1:57-72.
- Özkay Demir, Ü., Öztürk Y., Can, Ö.D.** (2011). Yaşlanan dünyanın hastalığı: Alzheimer hastalığı. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2011:18(1)/35-42
- Selekler, K.** (2003). *Alzheimer ve Diğer Demanslar, Modern Tıp Seminerleri 26.* Güneş Kitabevi, Ankara.
- Schwarz, B., Chaudhury, H. Ve Tofle, R. B.** (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting, American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, Volume 19, Number 3, 172-176. Erişim Tarihi: 22.07.2017
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/153331750401900304>
- Tank, Eloy van Hal.** (2014). The Hogeweyk Care Concept. Erişim Tarihi: 15.04.2019
<https://www.clpna.com/wp-content/uploads/2014/12/CLPNA-2014-Think-Tank-Eloy-van-Hal.pdf>
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** (2014). Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) : Tespitler, Öneriler 2013, Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** (2017). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2017.* Sayı 27595. Erişim Tarihi: 04.10.2018
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** (2018). *Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080.* Sayı 30567. Erişim Tarihi: 04.02.2019
www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=30567

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2008). *T.C. Resmi Gazete*, 26960, 07 Ağustos 2008.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2006). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul, Seçkin Yayıncılık.

World Health Organization (WHO). (2017). Dementia Erişim Tarihi: 03.12.2017
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Url-1 <<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/makale/alzheimer-hastaliginda-cevre-duzeni/>>, erişim tarihi 13.03.2019

Url-2 <<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/makale/alzheimer-hastaliginda-hafif-orta-evre-belirtileri-ve-gunluk-yasama-yansimalari/>>, erişim tarihi 13.03.2019

Url-3 <<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/bizim-hizmetlerimiz/evde-hasta-bakim-hizmetleri/>>, erişim tarihi 11.03.2019

Url-4 <<https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/careoptions/respite/>>, erişim tarihi 21.04.2019

Url-5 <<https://www.alz.org/help-support/caregiving/care-options/adultday-centers>> erişim tarihi 03.04.2019

Url-6 < <http://www.alzheimerdernegi.org.tr/>>, erişim tarihi 18.03.2019

Url-7 <<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Netherlands#fragment3>>, erişim tarihi 14.04.2019

Url-8 <<https://hogeweyk.dementiavillage.com/en/kenniscentrum/>>, erişim tarihi 15.02.2019

Url-9 <<https://gizmodo.com/inside-an-amazing-village-designed-just-for-people-with-1526062373>>, erişim tarihi 16.02.2019

Url-10 <<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/United-Kingdom-England#fragment6>>, erişim tarihi 15.03.2019

Url-11 <<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/United-Kingdom-Scotland#fragment3>>, erişim tarihi 15.03.2019

Url-12 <<https://www.karatay.bel.tr/haberler-detay.html?id>>, erişim tarihi 15.03.2019

- Url-13** <<https://huzurevlerim.com/kayisdagi-darulaceze-mudurlugu-huzurevi.html> >
erişim tarihi 17.02.2019
- Url-14** <<http://www.alzheimerdernegi.org.tr/gunduz-yasam-evi/>>, erişim tarihi
17.02.2019
- Url-15** <<http://aydinhabermerkezi.com/Aydin-nazilli-alzheimer-merkezi-ornek-oldu-2116.html>>, erişim tarihi 17.02.2019
- Url-16** <<https://www.karatay.bel.tr/haberler-detay.html?id=3437>>, erişim tarihi
17.02.2019
- Url-17** <<http://www.tepebasi.bel.tr/projedetay.asp?hid=102>>, erişim tarihi 17.02.2019
- Url-18** < <http://www.mersinalzheimer.org/yasli-yasam-merkezi/>>, erişim tarihi
17.02.2019
- Url-19** < <http://alzheimermerkezi.kadikoy.bel.tr/>>, erişim tarihi 17.02.2019

EKLER

EK A: Onam Formu

EK B: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

EK C: Örnek Görüşme – Sağlık Personeli (EAM- SP02)

EK D: Örnek Görüşme – Sağlık Personeli (MAM- SP06)

EK E: Örnek Kodlama – Sağlık Personeli (MAM- SP06)

EK F: Kullanıcı-Kod Matris

GÖRÜŞME KILAVUZU	Görüşme Sayısı: Görüşme Tarihi: Görüşme Yeri:
Fiziksel Çevrenin Alzheimer Hastalığındaki Yeri ve Önemi: Farklı Tipteki Özel Alzheimer Bakımevleri için İç Mekân Tasarım Kriterlerinin Geliştirilmesi	
<u>B. BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU</u> Eğer bu araştırma projesine katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen bu formu imzalayın. Ben, (katılımcının adı), yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir ters tutum /olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Formun bir örneğini aldım. Tarih (gün/ay/yıl):...../...../..... Katılımcının Adı- Soyadı:..... İmzası:..... Adresi (varsa Telefon No, Faks No):..... Açıklamaları yapan araştırmacının Araştırmacının Adı- Soyadı:..... İmzası:..... Görüşmeye ve gözleme refakat edenin Adı-Soyadı İmzası:.....	

GÖRÜŞME KILAVUZU

Görüşme Sayısı: _____

Görüşme Tarihi: _____

Görüşme Yeri: _____

Fiziksel Çevrenin Alzheimer Hastalığındaki Yeri ve Önemi: Farklı Tipteki Özel Alzheimer Bakımevleri için İç Mekân Tasarım Kriterlerinin Geliştirilmesi**KİŞİSEL BİLGİLER:**

Ad, Soyad: _____ Doğum tarihi: _____

Cinsiyet: a) kadın, b) erkek,

Eğitim Durumu: a) ilkokul, b) ortaokul, c) lise, d) üniversite/yüksek okul,

d) yüksek lisans/tıpta uzmanlık

Meslek: _____

Medeni Durumu: _____

Semt: _____

Ne kadar süredir Alzheimer hastalarına ilişkin sağlık/bakım hizmetinde çalıştığı: _____

Ne kadar süredir bu birimde görev yaptığı: _____

EK B

GÖRÜŞME SORULARI

MEKÂN ÖRGÜTLENMESİNE İLİŞKİN

1. Binanın konumunu değerlendirebilir misiniz? Siz buraya nasıl ulaşıyorsunuz?
Hastalar buraya nasıl ulaşıyor? Ve iç mekâna erişimleriyle ilgili değerlendirmelerinizi de iletir misiniz?
2. Binanın fiziksel özelliklerini yani; kat sayısı, kapladığı alan, mekân boyutları, açık ve kapalı alanları, küçük yahut büyük olması, plan özellikleri açısından basit yahut karmaşık olmaması gibi özelliklerini nasıl değerlendirirsiniz?
 - 2.1.Hastaların davranışları üzerinde yönlendirici etkileri olduğunu düşünüyor musunuz? Varsa, bunlara ilişkin gözlem ve düşüncelerinizi biraz açıklayabilir misiniz?
 - 2.2.Yapının fiziksel özellikleriyle ve iç mekânın örgütlenmesiyle ilişkin, hastaların olumlu yahut olumsuz etkileşimine ilişkin gözlemlerinizi oldu mu? Paylaşır mısınız?
3. Alzheimer hastalarının günlük yaşam aktivitelerinden bahseder misiniz? Binada bunları karşılayacak nitelikte ve nicelikte mahaller mevcut mu?
4. Bu alzheimer merkezinde hastaların **en yoğun olarak** kullandıkları mahal sizce neresidir?
 - 4.1.Hastaların bu mahalle etkileşimi sırasında sizce öne çıkan, olumlu yahut olumsuz olarak değerlendirebileceğiniz hususlar nelerdir? (Konuşmacını yorumlarından sonra eğer yeterli olmazsa tekrar sorun: hasta psikolojisi, hasta davranışı ve güvenliği açısından)
5. Bu Alzheimer merkezindeki/birimdeki **ortak kullanım alanları** nereleridir? Bu alanların kullanımına ilişkin hastaların mekânla olan etkileşiminde olumlu ve olumsuz olarak öne çıkan hususlar var mıdır? Gözlemlerinizi aktarır mısınız?
 - 5.1.Ortak kullanım alanlarının dış mekânla görsel ve/veya fiziksel anlamda ilişkisi olması durumunu değerlendirir misiniz? (Konuşmacını yorumlarından sonra eğer yeterli olmazsa tekrar sorun: hasta

psikolojisi, hasta davranışı ve güvenliği açısından)

6. Bu alzheimer merkezindeki/birimdeki **sirkülasyon alanlarının** (**koridorlar**, merdivenler, bahçedeki dolaşım yolları) kullanımına ilişkin hastaların mekânla olan etkileşiminde olumlu ve olumsuz olarak öne çıkan husular var mıdır? Gözlemlerinizi aktarır mısınız?

6.1. Sirkülasyon alanlarının dış mekânla görsel ve/veya fiziksel anlamda ilişkisi olması durumunu değerlendirir misiniz?

7. Bu alzheimer merkezinde/birimde, hastaların ıslak hacimlere erişimlerini nasıl değerlendirirsiniz? Hastaların erişimini kolaylaştırmak için, ıslak hacimlerin daha kolay ulaşılabilir ve görülebilir bir yerde olması gerektiği görüşüne katılır mısınız?

8. Bu alzheimer merkezinde/birimde genel olarak hastaları **tedirgin/rahatsız eden** mekânlar var mı?

9. Alzheimer merkezinde/birimde hastalar için uygun ve yararlı olan aktiviteler hangileridir?

9.1. Bu alzheimer merkezindeki/birimdeki etkinlik alanları ve etkinlik türleri hastaların rehabilitasyonu için sizce yeterli midir? Başka ne tür etkinlikler ve etkinlik alanlarına gereksinim vardır?

9.2. Alzheimer merkezlerinin/birimlerinin bu anlamda ne tür mekânsal çeşitlilik ve özelliklere sahip olması gerektiğini düşünüyorsunuz? (Lütfen sıralayınız.)

10. Alzheimer merkezindeki/birimdeki mahallerin dış mekânla görsel ve/veya fiziksel anlamda ilişkisi olması durumunu değerlendirir misiniz?

10.1. Hasta psikolojisini nasıl etkilemektedir? (Hastaların bu dış mekânda geçirdikleri zaman ile tutum ve davranışları arasında bir ilişki gözlemleyebiliyor musunuz?)

10.2. Gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

10.3. Hangi mahallerin, dış mekânla ve ne tür ilişkide (görsel ve/veya fiziksel) olması gerektiğini düşünüyorsunuz?

10.4. Hastanın terapi sürecinde dış mekânda gerçekleşecek faaliyetler önemli midir? Bu süreçler için ilgili birimde terapötik tasarım

etkilerine sahip güvenli bir dış mekâna sahip mi?

10.5. Ne tür açık alanlara (bahçe, spor alanı vb.) gereksinim olduğunu düşünüyorsunuz? Bu açık alanların dış mekân özellikleri nasıl olmalıdır?

11. Hastaların ziyaretçileri ya da aileleri geldiğinde birlikte vakit geçirebilecekleri bir mekân bulunmakta mı? Bu mekân gerekli olabilecek ihtiyaçları karşılayabilecek niteliklere sahip midir?
12. Doğrudan alzheimer bakım merkezlerine yönelik bir yasal çerçeve henüz tanımlanmamış olsa da, ‘Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği’ne ilişkin genel yönetmelik kapsamında (4. Kısım-1. Bölüm) alzheimer bakım evleri için özelleşecek ne tür yönetmelik maddeleri olmalıdır? Tanımlanmayan, fakat alzheimer biriminde yer verdiğiniz yahut eksikliğini duyduğunuz eylemler ve mekânsal alt birimler nelerdir?
13. (Yetkiniz olması durumunda) bu alzheimer merkezinde/biriminde mevcut mekânsal düzenleme ve şartlarla ilgili ne tür değişikliklerin yapılmasını öngörüldünüz?
14. Sizce alzheimer hastalarına yönelik olarak daha çok günlük yaşam evlerinin mi yoksa uzun süreli özel bakım merkezlerine ihtiyaç vardır? Nedenlerini belirtir misiniz?

İÇ MEKÂN KONFOR KOŞULLARINA İLİŞKİN

15. İç mekânda hastaların kullanımına açık farklı mekânlarda, duvarlarda ve zeminde kullanılan malzemelere (yüzey bitiriş elemanlarına) ilişkin (yüzey dokusu ve özellikleri açısından) hastaların etkileşimiyle ilgili olumlu ve olumsuz bulduğunuz hususlar hakkında değerlendirmeler yapar mısınız? (Konuşmacını yourmlarından sonra eğer yeterli olmazsa tekrar sorun: hasta psikolojisi, hasta davranışı ve güvenliği açısından)
16. Malzeme seçiminin hasta psikoloji üzerinde etkili olabileceğini düşünüyor musunuz? (sert, kapalı dokulu malzemeler, yahut yumuşak geniş dokulu malzemeler, çizgisel-derzleri tekrar eden malzemeler, yahut dersiz homojen

malzemeler)

17. İç mekânda hastaların kullanımına açık farklı mekânlarda kullanılan renklere ilişkin hastaların etkileşimiyle ilgili olumlu ve olumsuz bulduğunuz hususlar hakkında değerlendirmeler yapar mısınız? (Konuşmacını yourmlarından sonra eğer yeterli olmazsa tekrar sorun: hasta psikolojisi, hasta davranışı ve güvenliği açısından)
18. Renk seçiminin hastanın mekân algısı ile psikoloji üzerinde etkili olabileceğini düşünüyor musunuz? Nasıl, gözlemlerinizi/değerlendirmelerinizi aktarır mısınız? Sizce hangi renkler tercih edilmeli?
19. Kontrast renk kullanımının alzheimer hastaları üzerindeki etkisini nasıl değerlendirirsiniz? Renk ve işaret kullanımının alzheimer hastalarının bina içerisindeki yön bulma ve yönlendirmelerindeki etkisini değerlendirir misiniz? Bu birimde yahut başka bir birimde böyle bir uygulama yaptınız mı?
20. Hastaların kullanımına açık farklı mekânlarda iç mekân aydınlık düzeyi ve aydınlatma Hastaların kullanımına açık farklı mekânlarda iç mekân aydınlık düzeyi ve aydınlatma karakterine ilişkin tepkileri nasıldır?
 - 20.1. Işık düzeyini (doğal ve yapay) yeterli buluyor musunuz? Işığın düzeyi (loş-aydınlık- çok aydınlık olması) hastaları nasıl etkiliyor?
 - 20.2. Doğal ışık değerinin şiddet ve parlaklığının değişiminin hasta davranışları üzerinde ne tip etkileri vardır?
 - 20.3. Hastaların kullanımına açık farklı mekânların aydınlatmaları (cephedeki açıklıkların konum ve boyutları, yapay aydınlatma söz konusu olduğunda ışık kaynağının rengi, şiddeti, karakteri (doğrultulu, dolaylı, noktasal yaygın vb.) armatürlerin özellikleri (görünen, gizli, sarkıt, abajur) ile ilgili ne tür önerileriniz olur?
 - 20.4. Doğal ışık ve yapay ışığın hasta üzerinde farklı etkileri olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?
21. Hastaların kullanımına açık farklı mekânların mevcut iklimlendirme koşullarını (ısıtma-soğutma- havalandırma) değerlendirir misiniz? Bu konuda önerileriniz var mı?

22. Hastaların kullanımına açık farklı mekânların mevcut ses ve gürültü düzeyini değerlendirir misiniz? Bu konuda önerileriniz var mı?

İÇ MEKÂN DONATILARINA İLİŞKİN

23. Bu alzheimer merkezinde/birimde, hastalarının günlük faaliyetlerindeki ihtiyaçlarına ilişkin yeterli sayıda ve nitelikte mobilya var mıdır?
24. Bu alzheimer merkezinde/birimde, hasta kullanımlarına açık olan farklı mekânlarda kullanılan sabit ve hareketli mobilya özelliklerine ve hastaların bunlarla etkileşimine ilişkin bir değerlendirme yapar mısınız? malzeme seçimi, işlevsellik, rahatlık vb.)
25. Bu alzheimer merkezinde/birimde hastaların yemek yedikleri alanların, hastalar üzerindeki etkilerini değerlendirir misiniz? Daha evcil/evi anımsatan iç mekân tasarımlarının oluşturulmasının hastalar üzerindeki ne tip etkileri olacaktır? (psikolojik boyutu, yemek yeme alışkanlıkları)
26. Hastaya ait kişisel ya da tanıdık eşyaların, mobilyaların etrafta olması hastaya bellek yardımı ve kişisel kimliğe takviye konusunda yardımcı olabileceğini düşünüyor musunuz?
27. Bu alzheimer merkezinde/birimde, acil medikal müdahale yapma gereği duyuldu mu? Eğer böyle bir müdahale olduysa, ne gibi mekânsal alt-donatılara ihtiyaç duyulmuştur? (Pansuman istasyonu, sedye/crashcard vb.)
28. Bu alzheimer merkezinde/birimde hasta ve sağlık personeli güvenliği için, mekânsal açıdan ne tür önlemler alınmaktadır? Güvenlik önlemleri görünür ve caydırıcı mı (parmaklıklar vb.), yoksa görünmez ve izlemci mi olmalıdır (kamera vb.)? Güvenlikle ilgili yaşanan sıkıntılar oldu mu? Bunlara karşı ne tip önlemler alınmalıdır? (gözlem yöntemleri ve sistemleri-güvenlik kameraları vb, kapı-dolap-pencere kilitleri vb güvenlik elemanları vb elektrik-gaz-su vb alt yapı sistemlerinin güvenliği) (kablo, priz uzatma kabloları gibi hususlar)
- 28.1. Bir Alzheimer merkezinde, hastaların istenmeyen giriş (tehlikeli madde depoları, personel odaları vb) ve çıkışlarını (kapı, pencere ve balkonlardan çıkma) önlemek adına burada kullanılan yahut geliştirilmesi yönünde sizin önerebileceğiniz yöntemler nelerdir?

ÖRNEK GÖRÜŞME – SAĞLIK PERSONELİ

10.04.2018

EAM- SP02

SP02: 2000 yılında doçent oldum. 2001-2002 yılı başladım. Yani 16 yıl civarı, aşağı yukarı.

E.G.: Dernekteki faaliyetleriniz yine aynı?

SP02: 2004'ten beri devam ediyor. Daha çok bakımevi ve halk farkındalığı ee olarak gittik biz. Yani çok... Ben, Mersin'deki grup kadar sosyal faaliyetlerde bulunmakta zorlandım. Müziktir, eğlencedir falan daha çok... Ben hedef, çekirdek, bugün ne yapılması gerekiyorsa o tarzda bir şey...

E.G.: Evet. Peki, sizce, birimlerde çalışacak bireylerin, yani sağlık personeli de olsa hasta bakıcı da olsa, herhangi bir hizmetiçi eğitim olması gerekiyor mu? Uygulanabiliyor mu?

SP02: Çok gerekiyor. Türkiye'de sertifikasyon programları, şimdi yaşlı bakım bölümleri açıldı biliyorsunuz ki, sağlık bölümleri içerisinde... Fakat oraya gelen arkadaşların çoğu, eğitiminin sonunda bu alanda çalışmayı düşünmeyip, bunu dört yıla tamamlayıp, başka bir meslek sahibi olmaya çalışıyorlar. Çünkü yaptıkları işin ne olduğunun farkında değiller. Dolayısıyla, bence ne yapacaklarının, o fakülte içindeki insanlara, yüksekokul içindeki insanlara çok iyi anlatılması gerekiyor, bu bir. İkincisi, sertifikasyon programları akredite değil ve tek bir ders programı üzerinden ilerlemiyor. Herkes kendine göre, Millî Eğitim Bakanlığı'ndan işte sadece saat bazlı, bir program çizelgesini alıyor. İçine standart olmayacak şekilde dolduruyor. Bazen de yapılmamış dersler, yapılmış gibi gösteriliyor. Böyle bir sertifikasyon programı var. Dolayısıyla, hiç de şey değil, iyi bir sertifikasyon değil. Zaten çok büyük bir kısmı sertifikasyon programı olmadan çalışıyor insanların... Hizmet içi, hizmet başı, hizmet dışı... Her yıl belki de sınav usulü, bilemiyorum. Ama bu grubun bakıcısı, bakım veren başka olmalı. Asla bildiğiniz sağlıkçı değil bunlar... Çünkü şöyle diyorum, yanında düşüp bayılan, ayağını kıran bir hasta grubu var. Kırdıktan sonra, bir daha geri gelmeyen bir hasta grubu var. Dolayısıyla, bir kere bunun eğitimini çok iyi alacak. Kimle uğraşıyor? Çoğu bilmiyor. Yani, o temizliğe geldiği yerler gibi düşünen bir sürü bakımevi çalışanları var. Hasta bakıcı profili var. Dolayısıyla, bence olmalı.

E.G.: Sanıyorum mevcut sayı bunu yeni... Yani çok hâlihazırda bunun altında?

SP02: Bir de yaşlı teknisyenleri var, ama onların da devlet tarafından henüz meslek tanımları yapılmamış. Meslek tanımı yapılmadığı için de, onlar da çalışacak yer bulamıyorlar. Öyle ortada dolaşıyorlar. Yani bu iki tane sorun. Birincisi devlet gerçekten bu konuda duyarlı... Sözel olarak var, ama işlevsel olarak henüz daha yok.

E.G.: Buralarda işlevsel olarak göremiyoruz.

SP02: Evet yok, aynen...

E.G.: Sanıyorum çalışma süreleri de eee yani, onlar hakkında öngörünüz nedir? Uzun galiba, 24 saat çalışıyorlar. Nöbet usulü çalışıyorlar.

SP02: Tutuyorlar. Ama biliyorsunuz, buralardaki hasta başına düşen sağlıkçıyla ilgili bir şey vardır. Standardizasyon vardır. Örneğin; üç hastaya bir bakım veren gibi, sosyal hizmetlerin mutlaka bir şeyleri vardır. Kişilerin de eee, haftalık belli bir saat üstüne çıkmayacağı düşünülür. Ancak özel bakım yerlerinde, ne kadar çok insan alırsan, o kadar çok para harcarsın.

E.G.: Tabii

SP02: Birde o nedenle insan tasarrufuna giriyor. Böyle bir şey var.

E.G.: Evet evet.

SP02: Bunlarla ilgili, henüz daha devletin geri ödemesiyle ilgili bir sıkıntı olduğu için, bireylerden yani yakınlarından para istiyorsun. Ama bir kısım yakını evet verebiliyor, bir kısım yakını veremiyor. Dahası, en trajiği de çoğu anne babasının parasıyla kendi elektriğini suyunu ödeyen bir toplulukta var. Yani bunları, hani size söylüyorum, çünkü bildiğiniz şeyler. Ama ben hani hem telaffuz ediyim. Dolayısıyla, onlar için böyle paralar vermekde zor. Bunun yerine, yeni aldığı arabasının kreşini ödemeyi tercih ediyor. Dolayısıyla, biz önce kendi yakınımızdaki insana değer vereceğiz. Oradan başlayan sıkıntı var. Bunun eğitimi şöyle yapılabilir. Yakını üzerinde değil, kendi üzerinden gitmeniz gerekiyor. ‘Sen de böyle olacaksın? Olduğu zaman, ne olacaksın?’ Kısmı çok iyi...

E.G.: Bireysel farkındalığı arttırıp. Belki şimdi sizle konuşurken, çünkü ilkökul eğitimi süreçlerinde de nasıl hani bir trafik eğitimi var, yaşlı etkileşim eğitimi gibi bir şeylerin de belki müfredatlarında da yeni nesilin. Görüyoruz yurtdışı örneklerde yuvalar alzheimer merkezlerine gidiyor. O yaşlılar birlikte vakit geçiriyor. Bilmiyorum, bizim ülkemizde bu tip uygulamalar var mı? Huzurevlerine giden...

SP02: Huzurevlerinin yok. Çok yeni açılan işte Mersin, Eskişehir, Kadıköy biraz biraz bunu yapmaya başlıyor. Aklına gelirse yapıyor o da yani...

D.Ş.: Etkinlik olarak sanki?

SP02: Evet etkinlik olarak yapıyor, yapmaya çalışıyor. Gönüllülerin gönüllülükleri çok önemli burada...

E.G.: Biz tabi Eskişehir'deki Tepebaşı'ndaki şeyi gördük. Ama siz de bize olması gereken hani beklenti düzeyindeki, günümüzdeki şeyi gösterdiniz. Ama sizin öngörünüzdeki bu gerek yatılı gerek gündüz bakımevlerinin konumları, ulaşım açısından nerelere konumlandırılması gerekiyor? Onlarla ilgili bir değerlendirmeniz olabilir mi? Hastanın gelişi, gidişi olması durumunda, ya da daimî yatılı kalması bakımında ne tür mahallere yapılmalı?

SP02: En yakınında iyi bir sağlık tesisi olması gerekir. Hastanelere yakın, çok uzak olmayan, teşekkürlü, şehre çok uzak olmayan şehrin çok içinde olmayan... Ee, ulaşım açısından da genellikle ulaşımın zaten o sistemin kendisinin sağlaması gerekir. Çok yakınında da örneğin, biraz daha servis olması gerekir, bana göre... Oraya onları ziyarete gelen kişiler için de kalacak yerlerin olması gerekiyor yani. Gibi şeyler öyle bir şey. Meselâ Eskişehir bazında düşünecek olursak, nereye olmalı? Siz İstanbul'dan geldiniz. Bir kere Bozüyük'ten bu tarafa doğru olmalı. Yani, Bozüyük'ten arka tarafa doğru olmamalı. Bozüyük- Eskişehir arasında... Hatta Çukurhisar vardır. Çukurhisar'dan da birazcık aşağıya doğru olmalı. Tam İstanbul'a girişinde, mesela olabilir. Sağlık kuruluşuna yakın mı? Evet buralara yakın sayılır. Yani bir, 10 dakika içinde, 5 dakika içinde hasta ulaşabilir. Ama, içinde olmamalı diye düşünüyorum. Ama etrafında da mutlaka işte alışverişini yapabilecekleri yerler de olmalı.

E.G.: Neden içerisinde olmamalı diye düşünüyorsunuz?

SP02: İçi çok karmaşanın...

E.G.: İşitsel ile ilgili bir şey mi?

SP02: Evet. İşitsel, görsel uyaranların ve tehlikeli objelerin çok yakınında olmamalı diye gerekiyor.

E.G.: Onların da biraz, göreceli izole olması gerekiyor?

SP02: Temiz hava...

E.G.: Evet.

SP02: Bahçe koşularının...

E.G.: Sukûnet...

SP02: Sukûnetin, yani mutluluk parametrenin biraz daha oralarda olması gerekiyor.

E.G.: Bu binaların yapım olarak mekân içlerini düşüneceğiz. Ama fiziksel anlamda, kütleli olarak karşılaştığımız şeylerde, bunların acaba kat yükseklikleri boyutları, iç

mekânlarının, mekân örgütlenmesinde mekânların birbirine yakın olması, ya da işte anlaşılır bir plan şemasının olması... Bunlar hastaları nasıl etkiliyor?

SP02: Şöyle, bunlar güven ortamı arayışında oldukları için, bir kere birbirlerine çok yakın planda durması gerekiyor. Ayrıca onlara bakım veren personelin de onlara yakın olması gerekiyor. Yani, hasta aşağıda yemek yiyor, yukarıda yatıyorsa bu yanlış bir şey. Yani, bakım veren aşağıdaysa, hadi ben seni yatırayım aşağıya ineyim der bu yanlış bir şey. Mutlaka bakım verenin, gece boyunca onu gözetleyebileceği bir alanda olması gerekiyor, bu bir... Bence çok katlı yerler yanlış. L, U biçimde veya L biçimindeki yerler... Siz benden daha iyi biliyorsunuz. Genelde yapılanlar öyle.

E.G.: Biz biraz okuduk, ama dış kaynaklardan okuduk. Dolayısıyla, bizim alan deneyimimiz yok. Şu an ilk defa Eskişehir'e geliyoruz. Dolayısıyla, sizin yönlendirmeleriniz bizim için çok kıymetli.

SP02: Ayrı binalar yanlış... İçeri geçiş olacak ki herkesin birbiriyle ulaşımı, eee yani gözlemsel alanı yüksek olacak. Bu, yalıtma koşullarını çok iyi saptayacaksın. Kadın erkeği zaten karıştıracaksın. Yani, belki ayrı yerlerde yatabilirler, ama yemek-yeme yerleri keza öyle... İkinci kat sadece idare katı olabilir. Bence alt katta, her şeyi değerlendirmeniz gerekiyor. Kopenhag'da gördüğüm yerde, bir de zemin vardı orda fizik tedavi yapılıyordu. Şeyi vardı mesela, havuzu vardı tedavi yapılıyordu. Belki öyle bir şey...

E.G.: Yönetmelikte var. Huzurevi yönetmeliğinde, yani normal olarak fizik tedavi. Hatta uzmanının da diyetisyenin de olduğu değil mi?

SP02: Tabi fizyoterapistin mutlaka olması gerekiyor. Sosyal çalışma, çünkü psikolog. Eee güvenlik, hizmet uzamının da kalması gerekiyor. Hekimin olması gerekiyor. Yüksek hemşiresinin, yaşlı bakım hemşiresinin olması gerekiyor. Benim okuduğum ve bildiklerim daha çok yakın planda, geniş araziden iç içe geçen arazi, iç içe geçen odalar. Ayrı evler değil çünkü bunlar, *elderly village* değil. Bunlar daha çok, spesifik bakım yerleri. Eee benim aklıma böyle geliyor. Her şey çok basit olmalı. Krem, pembe gibi yani asla kırmızı olmayacak, siyah olmayacak, yeşil olmayacak. Ben ondan korkmayacağım yani. Sarı bana çok uzakları hatırlatır. Uzaklara bakarım. Duvar da çok büyük renkler olmayacak en fazla duvarda kendi resimleri aile resimleri olabilir. Çiçekten böceğe... Ortalık halı kaynamayacak. Takılıp düşmemeleri adına. Eşya az, kullanım alanı yüksek olacak. Mutlaka koridorlarda, hani bildiğiniz şeyler ama, tutunarak gezmesi için tutunma yerleri olacak. Yürüyen merdiven olmaz.

E.G.: Asansör?

SP02: Asansör mutlak! Mutlaka... Çünkü merdiven çok şey, yasaktır. Düşer. Farkındaysanız burada da kapı yaptırdım şeye merdivenin ucuna. Kapalıymıydı bilmiyorum ama.

E.G.: Kapalı idi. Çizgisel bir şey vardı.

SP02: Evet, o asla yasaktır. Asansörle çıkışı sağlarlar. Tek tek hastaları yukarıya çıkarırken asansörle yukarıya çıkarırlar. Öyledir. Ondan sonra, başka eee yani karmaşa yok, Tek düze huzurlu renkler. Belki biraz doğa, hayvan? Keşke... Küçük bir kedi... Küçük bir kedi onların çok hoşuna gider.

E.G.: Öyle mi? Dış mekân, iç mekân sürekliliğini nasıl değerlendiriyorsunuz? Yani, bir takım sirkülasyon alanlarını, ortak kullanım alanların... Görsel olarak ya da fiziksel olarak birebir doğrudan dış mekân ile ilişkilenebilir. Yani pencere gibi, kapı gibi olarak...

SP02: Şimdi buradaki yanlış. Buradaki bakım evindeki yanlış... Direkt olarak dışarıya çıkıyorsunuz. Mutlaka ilkel milkel bir alanınız olması gerekiyor.

E.G.: Bir buffer yüz olacak.

SP02: Aynen öyle. Oradan çıkarak.

E.G.: Bu ne mahriyette olmalı, buffer yüz?

SP02: Eee, belki camlı bir alan... Yani etrafı camlı bir alandan, hani dışarıya doğru çıkacak...

E.G.: Binanın biraz dışa uzaması gibi.

SP02: Aynen öyle. Aynen öyle. Bu aynı zamanda şunu sağlar. Hastanın kaçıp kaybolmasını da engeller.

E.G.: Aaa evet.

SP02: Çünkü açık havanın hızlıca olması derin bir kayboluş alanına doğru hastayı sürükler. Ben bunu yaşadım bir başka bir bakımevinde. Intermedial kapalı bir alan. Siz de hasta açısından gözlemsel bir şey yapabilirsin etrafı mutlaka zaten yani açık havanın etrafını da mutlaka çitliyorsunuz.

E.G.: Duvar?

SP02: Duvar çok...

E.G.: Sert.

SP02: Sert! Orda çok bir şeyler çitlerle belki demirlerle mi neyse.

E.G.: Peki o sürekli bir mütemadi olması, hasta tarafından algılanması, çit arkasında bir açık mekânın daha olması...

SP02: Onu algılayamıyor. Onun kendi tanrısı başka ve onun kendi dünyası var. Çünkü bunu hep söylerim. Biraz bazen muhafazakâr hastalar biraz karşı çıkıyor. Ama onun tarzı başka, onun dünyası o kadar... Benim küçük, onun geniş dünyası var. Hele intermediate...

E.G.: O daha uzayan bir şey.

SP02: Evet, uzayan bir şey.

E.G.: Evet, peki gene de öyle bir dışa doğru esneyen mekânın olması, ama dışarıdan da bir çitlemenin olması... Fakat her iki alanında kapılarının kilitlenir olması, ya da olmaması... Bu nasıl oluyor?

SP02: İşte eğer intermediate bir alanınız varsa, onu çok kilitlemeye gerek olmayabilir. Bu sefer dış mekânı kilitlersiniz, onu kilitlemezsiz. Dışarı çıkabilir. Hatta yapabiliyorsanız oraya, küçük hobi alanları yaparsınız.

E.G.: Evet evet.

SP02: Çiçek yetiştirir. Bu senin çiçeğin...

E.G.: Evet. Bahçenin terapötik etkisi olabilir mi?

SP02: Çok! Süper! 'Bu senin çiçeğin...' Ona bakar. 'Bu benim çiçeğim.' Büyür o çiçek. 'Noldu benim çiçeğime.' O, onun için çok değerli çalışma alanıdır.

E.G.: Daha içteki bir dış mekân.

SP02: Evet. Yani hoş bir şeydir.

E.G.: Çünkü, eee şizofreni hastaları vs. mental disorder grup içerisinde sorduğumuzda, özellikle giriş alanının dış mekânla etkileşim içerisinde, görsel olarak bir bağlantısının olması, gerektiğinde kapısının da olması, tercih edilen bir unsur olarak görülüyor. Zaten yönetmelik şartlarında da öyle bir şey var. O daha gelişmiş bir yönetmelik sunuyor. Yani zaman içerisinde gelişti. Bu yönetmelikte, ona ilişkin doğrudan bir madde yok. Fiziksel çevre, fiziksel mekâna ilişkin... Belki burada, bizim için tasarım kriter olabilir. Bakarken diye... Ve bahçenin dış alandaki etkinlikler olarak, orada hobi bahçeleri var, spor alanları var. Bunlar alzheimer hastaları için de geçerli midir?

SP02: Çok ,tabi tabi... Yani birisi tabi belki bilmeyebilirler ama orada bir yürürler. Haydi pilates yaparlar, otururlar, kalkarlar... Onlar için çok güzel. Şurada mesela şu order çok güzel. 'Haydi beyler dışarı çıkıyoruz.' 'Bir bakalım top oynayalım.' Çıktığı yer intermediate alan aslında, ama dışarı çıkıyorlar. Yani biz orada bir yaşam pilot alanı yaratmaya çalışıyoruz. Demek istediğim o.

E.G.: Peki acaba dış mekânda başka ne tip etkinliklerin olması gerekir. Yani böyle büyük ölçekli bir şey tasarlarken...

SP02: Yani en dış mekânda mı?

E.G.: Hayır bunların eee çitin içinde kaldığımız alan diyelim. Burada yaşam köyü olsun yani bahçe dedik, spor dedik. Başka etkinlikler olmalı mıdır?

SP02: Yani orada oturma... Yakınları ile olan süreçteki oturma alanları, bazen müzik gösterileri falan öyle şeyler yapılabilir. Küçük arenalar yapabilirsiniz. Yani orada da bir pilot arenası olabilir, orada gelen bir gitarı dinleyebilir. Hani gençken dinlerdi ya, öyle bir şey yapılabilir ne biliyim belki tiyatro küçük bir tiyatro gösterisi orada olabilir. Parti orada olabilir, oturma alanları ile falan... Başka da aslında bu kadar hani daha eee entelektüel bir şeye daha giremiyorlar.

E.G.: Bu kadar yeterli mi?

SP02: Bu kadar yeterli. Bir katında da özel yapabilenler için aynı Ahmet'in annesi gibi resim yapma alanı. Çok değerlidir.

E.G.: Evet. Onu da sormak istiyordum acaba iç mekânda uğraş odası gibi öyle şeyler olmalı mıdır?

SP02: Tabi. Mutlaka.

E.G.: Ve onlar ne nitelikte olmalıdır, hangi eylemler olmalıdır uğraşta?

SP02: Yani kişilerin öz eski kimliksel süreç içerisindeki alışkanlıklar çok bağlantılı. Örneğin, bir müzik aleti çalışıyorsa, o müzik aleti hep onun yanında olmalı ve günün belli saatlerinde devam etmeli o mesela. Resim yapanlar için keza öyle. Belki bunlar yeniden öğretilir. Eee onların bir korusu kurulabilir aşağıda, bizim de korumuz tabi... Şarkılar söyler aşağıda. En kolay öğrendikleri şey şarkıdır çünkü... Eee onun dışında çokta fazla tabi yediremiyoruz. Tabi yabancı dil öğrenmek çok iyidir derler, ama bizim toplumumuz için bu biraz zor da olabilir. Çünkü dikkatleri dağınık olabilir. Uzun süreli öğretim süreçleri pek yaşayamıyor, ama resim 'hadi bir çiçek çizelim', 'kim daha güzel çizecek, çizince benden bir hediye.' Tarzında... Böyle alanlar yapılabilir, koro çalışma alanları, çiçek yetiştirme... Boncuk bazen yapıyorlar. Biz onu denedik. Siz Mersin'e de gideceksiniz, orada çok yapacaklar onu göreceksiniz. Mersin'de biraz hastaneye benzer yapıları var onların... Şimdi ben, tabi Aynur çok gayret etti, çok ciddi orada kızcağız kendini parladı ve çok biliyor cidden... Benden daha hızlı konuşuyor. Böyle birisi. Çokda işin içini çok biliyor. Fakat eee bunlar boncuğu deniyorlar. Ben boncukla bir şey yaptırırken, boncuğu iki kişi yuttu. Oradan ben sıkıntıya girdim. Söyledim ben bunlara ama böyle şeyleri mutlaka şey yapacaksınız...

E.G.: Peki mesela terapi mutfağı gibi şeyler vardır. Eee bu hasta grupları için de bu tip şeyler olabiliyor mu?

SP02: Mutfak çalışması gibi mi?

E.G.: Evet gibi.

SP02: Eee yani ben denemedim. Ama niye olmasın, mutlak vardır. Hani bu bilmediğim bir konu belki de yapılmalı. Bunu bilemem, bunu denemek gerekiyor.

E.G.: Anladım. Peki bu yoğun olarak kullandıkları alanlar..

SP02: Televizyon alanları.

E.G.: Genelde evet.

SP02: Her zaman olarak.

E.G.: Evet onu algıladık bugün.

SP02: Her sabah oradaki müzikle kısmı sonrasında böyledir (Mimik ifadesi). Awakenings'i seyretmiş miydiniz?

E.G.: Hayır, ben izlemedim. Ama izlemem gerekiyor, herhalde şimdi...

SP02: Orada, seyredin bu enteresan bir şeydir. Awakenings'de de böyledir. Bir kimyasalın sırrı Parkinson hastalığıyla ilgili bir çalışma şeydir... Parkinson ilacının bulunmasıyla hastaların nasıl uyandıkları, sonra nasıl uyudukları.. Zaman zaman bizde de öyle oluyor.

E.G.: Gün içerisinde de bizlere, öyle oluyor. (Gülüşmeler). Yani evet. Bu koridorlarla ilgili, şeyi de konuştuk, zaten siz de söylediniz. Biz bir şeyi de merak ediyoruz. Bu hastaları en çok tedirgin eden mekânlar nereleri oluyor? Bu alzheimer merkezleri içerisinde...

SP02: Eee sarı ışıklı mekânlar. Sarı ışık diyorum eee beyaz ışıklı mekânlar. Sarı ışık huzur verir onu söyleyim. Beyaz ışık yandığı anda korkarlar. Dışarıda yani yağmurda şeyden çok korkarlar. O da, çok korumak gerekiyor. Karanlık. Karanlık fena, mağara döneminde de canlılar, yani eee, çocuğun korktuğu her alan onların korktuğu alan...

E.G.: Benzer. Peki, bu aydınlık düzeyi ile ilgili, acaba gün ışığı mı onları daha mutlu eden bir şey oluyor, yoksa yapay aydınlatma... Eee gün ışığının gün içerisindeki dağılımına nasıl tepkiler verirler?

SP02: Güneş ışığı en iyisi onlar için. Serotonin en çok...

E.G.: Evet fiziksel tepkimeyle beraber.

SP02: Işık mesela, delirium diye bir durum vardır. Bilirsiniz belki, alkolü bırakmada da çok olur. Akşama doğru inen bir dönemde, bizim de hepimizin içi öyle içi sıkıntılı offff olur. Dolayısıyla, bu ne kaynaklanır, ışığın artık gitmeye başlamasından. Halüsinasyonlar da o saatlerde başlar. Dolayısıyla gün ışığı ne kadar çok, gece de gün ışığı modelleri...

E.G.: H'mm evet, onu da soracaktım. O zaman, yapay ışık bunu simule mı ediyor olacağız?

SP02: Evet evet.

E.G.: Koridorlarda, Odalarda. Peki, o zaman dış mekân etkileşimi, pencere perde etkileşiminde eee eğer gün ışığını simule edeceksek pencere üzerinden geliyor gibi mi yapmalıyız yoksa?

SP02: Öyledir. Bizim için de öyledir ya öyledir.

E.G.: Evet. Yani mesela Finlandiya'da depresyonla mücadele için o tip uygulamalar yapılıyor. İç mekânlarda normal bireyler için de...

SP02: Tabi!

E.G.: Evet. Peki, o zaman yapay ışıklandırma kurgusunda, armatürü gören bir yöntem mi yoksa armatürün gizli kaldığı?

SP02: Bence görmeyen. İndirect yöntem... Onu görmeyecek. Onun oradan olduğu zaten algılamaz, ama en azından her zaman için gündüz olacak, uyuyana kadar...

E.G.: Peki bir şeyi merak ediyorum. Eee, bu teknik bir soru; meselâ iç mekân kurgusunda anahtar ışık dediğimiz bir şey var. Yani aslında ışık değeri o kaynak vermiyor, ama o bizim oraya aidiyetimizi sağlayan bir unsur. Mekânın anahtar şeyi oluyor... Mesela masamızın üzerindeki bir lamba, çalışma lambamız.... Hâlbuki o çok daha az ışık veriyor. Diğerleri daha çok ışık verir. Böyle bir şey hastalar içinde geçerli mi? O bir güvence yaratıyor mu? Çocukların küçükken lamba yakıp uyuması gibi belki düşünebiliriz.

SP02: Yani burada evreler çok önemli. Eğer bu hastanın bulunduğu evre bunun algı parametreleri içerisinde ise, okey. Ama dışındaysa, o hayır.

E.G.: Bize müsaade etmiyor.

SP02: Etmiyor.

E.G.: Aydınlatma armatürleri gizli olacak herhâlde?

SP02: Evet.

E.G.: Yani hiç öyle sarkan, erişebileceği şeyler...

SP02: Şeye benzetmek lâzım, bu İstanbul Atatürk Havalimanı'nda bir havaalanı oteli vardır. Hiç kaldınız mı?

E.G.: Kalmadım.

SP02: Arkadaki kötü odalar, yani karanlıktır. O odalar, ama siz her zaman oradan bir gün ışığı geldiğini hissedersiniz. Ben hep çok merak etmişimdir ama orada korkmazsınız. Işık gelir perdenin arkasından.

E.G.: Evet. Güvence psikolojik olarak, evet... O zaman bunlarda da aynı şeyler geçerli oluyor. Siz biraz değindiniz tabi renk kavramına... Eee, Dilek de araştırmalarında gördü. Kontrast renklerin kullanılması bu hastalar için...

SP02: Never!

E.G.: Öyle mi?

SP02: Cık cık, yani çok belirgin renkler... İşte güzel bir açık mavi, güzel bir açık pembe, eh biraz güzel bir açık sarı, beyaz da onları biraz depresyona sokar. Her şey tozu yani, tozundan. Ben mesela; bir otel vardı Antalya'da kırmızı ve beyazın hâkim olduğu, deliriyordum orada... Kırmızıya baksam olmuyor. Bizde de öyle değil midir? Kırmızı ya bakar, açık kırmızıya bakar...

E.G.: Bende kırmızı giymişim. (Gülüşmeler)

SP02: Bordo o. Güzel de bir başın ağrır.

E.G.: Evet.

SP02: Yani orada, çünkü şey de var kırmızının çağrıştırdığı şeyler; şiddet çağrıştırır kırmızı... Siyah elemendir, beyaz da şeydir yani o da depresyondur. O yüzden her şey toz mavi, toz pembe, toz sarı...

D.Ş: Peki algılarını etkiliyor mu? Meselâ yani, kontrast okuduğum çalışmalarda, şey olarak gözükiyordu, işte beyaz bir yüzey üzerine, beyaz bir nesne koyduğunuzda algılamakta sıkıntı yaşayabiliyorlarmış.

SP02: Öyle.

D.Ş: İşte o yüzden...

SP02: Hı, hı... Meselâ şöyle bazı objelerin farkındalığı açısından kapının şeyi...

E.G.: Evet evet.

D.Ş: Onlar kontrast renkte olsa? Yani bizim farkında olmasını istediğimiz...

SP02: O Olabilir. O olabilir. Yani tabi o konuda net bir şey, eee ben daha çok hani duvar rengi için, o yüzden çok şey yapmayım, söylemiyim bir şey...

E.G.: Peki söylediğiniz şeyle ilintili olarak meselâ buradaki birimde onu gördük. Duvar da zemin de aynı renk ve aynı tonlamada. Eee ama hâlbuki farklı düzlem ikisi de tasarım dilinde baktığımızda. Burada öyle değil meselâ, süpürgelik dönüyor sıhhi amaçlı köşe olmaması için kalıyor, ama düzlem eee düşey düzlem başka bir renkte, yatay düzlem başka bir renkte... Aynı olması hastalarda bir olumsuzluğa sebep oluyor mu, ya da onu mu tercih etmeliyiz?

SP02: Orada yok. Ben yok orada bir özellik olduğundan onun yapıldığını düşünmüyorum. Orada şey eee orada hijyenik, ee hijyenik bir yer maddesidir o. Orada

öyle öyle yapıldı o. Yani ona dikkat edilmeden, bir açık renklilik yapıldı. Bir başka evde ama öyle değildi, meselâ parke idi.

E.G.: Evet. Bunlar meselâ hastaları nasıl etkiliyor efendim? Yani parke kullanımı, derzli bir malzeme kullanılması, derzsiz bir malzeme kullanılması?

SP02: Kaymayan bir yer olması, hijyenik bir yer olması gerekiyor.

E.G.: Bu hastalarda, o malzeme farklılığı herhangi bir psikolojik bir davranışsal...

SP02: Çok bilmiyorum onu.

E.G.: Hiçbir gözleminiz oldu mu?

SP02: Yani olmadı. Negatif bir gözlemim olmadı.

E.G.: Olmadı. Yani hani obsesif bir takılma derzlere takılma...

SP02: Halüsinasyon yapabilir bir tek... Oraya sürekli bakabilir belki. Ama hani uydurmuş olmayayım. Ben birazcık buna bakmak isterim, doğrusu...

E.G.: Evet.

SP02: Bununla ilgili, isterseniz ben daha çok davranışsal çalışmalara bakayım.

E.G.: Siz bizi de yönlendirebilirsiniz, eğer vaktiniz olmadıysa. Biz, hani hangi kaynaklara bakalım?

SP02: Yani burada, daha çok işte nöropsikiyatrik, behaviour ve hani bakabiliriz aslında...

E.G.: Onlar alzheimer hastaları için de geçerli olacak değil mi?

SP02: Evet evet.

E.G.: Daha evrensel ölçekte baktığımız şeyler, bu hastalarda da aynı pattern olarak tekrarlayan şeyler olacak.

SP02: Evet evet.

E.G.: Ben bir kere daha aynı noktaya gelip tekrar soracağım. Renk farkı ile ilgili herhangi bir şey onlarda olumlu veya olumsuz

SP02: Yani siyah olmadığı sürece yer.

E.G.: Evet, o değil mi bir tek o şey.

SP02: Eğer siyah ve kırmızı ise, korkar. Nerede olduğunu bilemez.

E.G.: Boşluk hissi oluşturuyor galiba?

SP02: Yani dolayısıyla aslında onu rahat edeceği koşul belki, aşağıda biraz açık renk, toz bir şey, duvarda başka toz bir şey... Öyle bir şey yapabilirsiniz.

E.G.: Hımm evet. Ben bir de şeyi sormak istiyoruz. Mekân içerisinde sesle ilgili biraz konuştuk. Gürültü eee, iç mekân içerisindeki gürültü, bazı hastaların birbirine

bağırması ya da kendine bağırması... Bunlar hastalarda, gürültü seviyesi ne derece etkili oluyor?

SO2: Çok etkili. Çünkü orada eee....

E.G.: Müziğin açık olması televizyonun açık olması.

SP02: Eee şimdi aynı tonajdaki bir uyaran olan, herkes de aynı bulguyu ve etkiyi verecektir. Eee ancak iki kişinin kavgasının, bir başka alakası olmayan başka kişinin şiddet eğilimini arttırdığını biliyoruz. Çünkü, onun şimdi korkulacak parametre herkes için aynıdır. Meselâ şu yüz şekli ve ses tonu herkeste aynı bir şey, affect uyandırır. Ya ben seni çok seviyorum. Seni hiç sevmiyorum. (Mimikler değişir) kısmında seni hiç sevmiyorumu tercih ederler. Çünkü orada çok yumuşak söylüyorum, söylediğim şeyin hiç bir önemi yok. Emoji olarak da gayet iyi gülüyorum. Ben seni çok seviyorum biliyor musun kısmında (Mimikleri çatıktır.) Yapmaaaaa der, gider. Meselâ size bununla ilgili örnek vereyim. Şükrü Torun Anadolu Üniversitesi'nde müzik terapilerle uğraşır. Bizim orada bir müzik dinletisi vermek istediğinde, bir piyanist arkadaşda geldi. Piyanist arkadaş bir klasik müzik eserini çalmak istedi orada. Biz hastaları topladık. Galiba Chopin, çok yanlış hatırlamıyorsam. O sıralarda Chopin başladıktan sonra bir ağlama sesleri, insanlar beni kurtarın buradan, çıkarın istemiyoruz tarzı şeyler. Bir kısmı kendisi koşarak dışarı çıkmaya başladı, o esnada Dürüyenin güğümleri'ni çaldırtmaya başladık biz. Ohhh dediler, ve şey yaptılar... Şimdi burada, her zaman için biliyor musunuz, Mozart sedasyon verir, Beethoven tam tersi eee nöbet geçirir. Yani, buradaki her şeyinin tonajının kişinin beyindeki çalışma düzeyi üzerinde çok ahenkli olması gerekiyor. O yüzden tonaj, affect o kadar önemli ki...

E.G.: Çok güzel.

SP02: Yani ben hep onu söylerim. Diyelim ki sana, büyük bir şiddet uyguladı, asla karşılık vermeyeceksin. Dicesin ki, 'ben seni çok seviyorum.' Dediğinde şöyle kafasını koyar bence bütün insanlar için bu böyle. Herkes için. Koyar kafasını ben de seni çok seviyorum der. Bir önceki lafının farkında bile değildir.

E.G.: Evet evet. Bir diğer şey. Isıtma, havalandırma, iklimlendirme şeyleri... Hastaların birçoğunun üşüdüğünü görüyoruz.

SP02: Klima asla!

E.G.: Olmaması gerekiyor.

SP02: Asla!

E.G.: Peki sıcak hacim.

SP02: Sıcak yerden gelmeli meselâ. Yerden ısıtmanın çok daha iyi olduğunu düşünüyorum ben. Hem şeyi kaldıracaksınız, o şeyleri... Elektro manyetik elektriklenmeyi çok iyi bilmiyorum, belki onu çok iyi bilmek lâzım.

E.G.: Belki topraklamak lâzım.

SP02: Topraklamak evet aynen öyle yani ama şey eıııı klima asla.

E.G.: Evet onu duydum.

SP02: Yani yazın gerekirse açacaksın pencereleri, koyacaksın sinekliği yada bir şeyi açılabilir ve korunabilir hâle...

E.G.: Ya da pasif iklimlendirmeye...

SP02: Ya da öyle klima asla.

E.G.: Bu sağlık personeli hizmet veren sağlık personeli etkiliyor mu? Onların çalışma performansını düşüren bir şey midir? Yani çok sıcak ama hastalar için klima kullanamıyor. Meselâ Mersin’de bu bir problem olarak çıkacak mı?

SP02: Onların klimaları var benim bildiğim kadarıyla... Klimaları var, ama klimaların ne kadar sağlığa zararlı olduğu henüz... Çıkacak tabi çıkacak.

E.G.: Hem tabi sağlık açısından.

SP02: Niye çıkacak? Bir süre sonra grip olacak, grip için ilaç almaya başlayacak o ilaç ona fayda olacak, olmayacak bir kere başka bir travma geçirecek.

E.G.: Yani bir? olma durumu var, bir de hep üşüyor olma durumu var. Peki ikisinin kombinde olduğu, işte aslında o da bir tasarım parametresidir. Pasif iklimlendirmelerle bu işi çözmek. Evet. Peki yani eee yoğun havalandırma için onun dezavantajları olabilir mi? Çünkü yani eee idrar kaçırma çokça oluyor.

SP02: İdrar kokusunun olmaması gerekiyor.

E.G.: Evet. O duyuluyor meselâ.

SP02: Himm. Yani onu eee. Onun olmaması gerekiyor.

E.G.: Hastalara zarar vermeden başka bir sistem mi?

SP02: Ortama zarar verir idrar kokusu. Yani hasta bakım verenler açısından sıkıntı, olumsuz etkiler. Oraya olan bağlılığını ve sevgisini azaltır. O yüzden böyle bir şey olmaması gerekiyor. Bunun için havalandırma koşullarının, klimasız ama optimum en iyi koşullarda olması gerekiyor.

E.G.: Evet evet. Onu da gözlemliyoruz çokça. Eee son birkaç şey daha, ben sormak istiyorum. Bir hasta yakınlarının ziyaretinde eee evet belki onların da yatıp kalacakları bir alanın olması konusu? Ee, ama gününbirlik gelip gittikleri ziyaretlerde, eee kendi hastalarını kendi hastaları ile görüştükleri alan neresi olmalıdır?

SP02: Ortak alan. Ortak alanın bir alanı.

E.G.: Diğer hastalarının da bunu görmesi mi gerekir?

SP02: Hayır, öbür kendi hastasının diğer hastalarının güvenini kaybetmesi.

E.G.: Hea, evet o gitti bir yerde ne oluyor olmaması.

SP02: Evet evet yani bakın şöyle düşünün. İfade alınmak için gider başka bir odada otursunuz ve ifadeniz alınır. Bu size çok büyük bir huzursuzluk verir. Ama bana sorduğunuz soruları burada beraber konuşurken bu başka bir şeydir. Bu yüzden ortak alanın, diğer alanı.

E.G.: Evet mesela bugün Ahmet orada annesiyle görüştü. O doğru bir model o zaman. Bir diğer husus bu hastaların gözetim süreçleri eee yani hem hemşire ya da hasta bakıcının istasyonu üçe bir dedik. Hani, hem onlara daha kolay erişebilir olması hali o anlamda bir gözetim, hem de hastaların güvenliğinin için kamera sistemi...

SP02: Kamera sistemleri mutlak gerekiyor.

E.G.: Bunun haricinde başka dolaylı sistemler var mıdır?

SP02: Benim bildiğim yok. Kamera sistemini şöyle yapmak bence en doğrusu; koridorlara ve hasta odalarına burada konulabilir, ama hasta odalarında yapılan kamera sisteminin, hasta sahipleri tarafından da izlenmesinin sağlanması gerekiyor.

E.G.: Hmm çifte güvenlik.

SP02: Öyle bir şey yapmak gerekiyor. Hani böylece, yasal süreçleri de birazcık en azından koruyabilmek adına... Kamera sistemlerinin mutlaka efektif kullanılması gerekiyor ve onun başında 24 saat bunları izleyen bir kişi olması gerekiyor. Kayıtların çok iyi tutulması gerekiyor, Eee bir de esas yani, kişi eee yaşayan canlı birinin de onlara gözetmen olması gerekiyor.

E.G.: Evet bire bir gözetim. Eee bu bir son soru... Sondan bir önceki... Bu yerlerde kablolar, açık prizler yani sıva altı dediğimiz ürünler var, bir de sıva üstü diye geçen sistemler var. Bunlar acaba?

SP02: Asla!

E.G.: Hangisi tercih edilmelidir?

SP02: Hiçbirini tercih etmeyeceksiniz. Onlar asla...

E.G.: Bu televizyonlar mesela ortalarda çok yoğun kablo...

SP02: Yok. Yani var olduğunu görebilirsiniz. Teorik olarak yanlış. Pratikte engelleyemiyor olabilirsiniz. Ama asla kablo için ne yapacağı belli olmaz, ıslak eliyle gider dokunur. Kablonun zararlı etkisi... Düşer ayağını çarpar. Televizyonu düşürür, üstüne düşer.

E.G.: Halüsinasyon etkisi olabilir değil mi?

SP02: Olabilir. Zaten televizyonla konuşacaktır, yani bir dönem sonra olacaktır. Asla, böcek olarak onu algılayabilir.

E.G.: Efendim son olarak bu yasal yönetmelik... Şu an Alzheimera yönelik bir yönetmelik yok Alzheimer bakımevlerine yönelik... Huzur evine yönelik bir yönetmelik var. Aslında bunu konuştuk ama.

SP02: Özel bakımevlerine yönelik yönetmelik var, engellilerle ilgili yönetmelik var.

E.G.: Evet evet.

SP02: Son çıkan bir yönetmelik var. Şimdi ben danışmanlığını yaptığım bir konu var. Geçen yıl Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bakım evlerine ilgili sanıyorum yanlış bilmiyorsam, çok sık bakan değiştiği için sıkıntı oldu. Benim bildiğim Mayıs ayı (2017) içerisinde yeni bir yönetmelik çıkacak.

E.G.: Huzurevleri ile mi ilgili?

SP02: Yok bakım evleri.

E.G.: Alzheimera yönelik hususiyet olması gereken herhangi bir?

SP02: Çok gerekir ama yok çıkartamıyoruz.

E.G.: Evet maddeler hâlinde...

SP02: Onu şöyle şöyle bir açıklık getirdiler ona. O gün sende vardın. Reyhan Hanım'ın konuşması sırasında... Büyük bakım yerlerinin içerisinde, alzheimer dostu mekânlar yaratılabilir. Alzheimer dostu olmak için nasıl kriterler gerekir, onların tanımlanması gerekebilir tarzında. Bizim bulabilirseniz Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının eee ben henüz daha gelmedi. Yeni yönetmelikte, bu şey eee onun için de alzheimer dostu evler kavramı var, şey yerler kavramı var. Ben size şeyi gösteriyim, ben de alamadım Reyhan'da...

D.Ş.: Huzurevi yönetmeliği için mi, yoksa bakım evi?

SP02: Yok yok bakımevi. Demans adı altında şöyle şeylerimiz çıktı geçen sene. AB projesiydi. ASSp çıkarttı.

D.Ş.: Bu yeni geldi değil mi? Yearbook. Evet bunu Füsün Hanım bana bahsetmişti. Biz konuştuğumuzda daha çıkmamıştı kitap. 'Çıkacak ben sana haber veriyim demişti.' 'Hatta bir tane sana yollarım demişti.'

E.G.: Demans?

D.Ş.: Evet. Oradaki sorulardan biri yönetmelik var mı? 'Ülkenizde alzheimer bakım evlerine ilişkin idi.' Cevapta işte birkaç yönetmeliğinin birleşiminde faydalandıkları yazıyordu.

SP02: Şimdi yeni bir stratejik plan yapılıyor. O gün de söylendi. Stratejik plan yapılıyor önümüzdeki dönemlerde bize mailler geldi. Bizler de katkımızı sunacağız

E.G.: Eylem planı mı?

SP02: Evet eylem planı.

E.G.: Ancak o zaman zaten işler biraz olsun yoluna girecek.

SP02: İnşallah inşallah. Dernek artık çok aktif oldu.

E.G.: Çok güzel

SP02: Gerçekten dernek çok aktif oldu. Eskiden dernek toplantılarında 4 kişiydik. Bu yıl 40 kişiydik. Bu yıl ilk kez Eskişehir’de oldu ve 50 kişiydik.

E.G.: Ben katılamadım.

SP02: 40 kişi, 50 kişi çokta güzel bir toplantı modeli yaptık.

D.Ş.: Dışarıdan ben vardım galiba, bir tek...

SP02: Vardı vardı, birkaç öğrenci daha vardı.

D.Ş.: Ama onlar Antalya şubesine bağlı idi.

SP02: Yok yok bizim buradan Osmangazi’den öğrenciler onlarla da bakanlıkla modeli tartışacağız falan diye vardı. Ama baya kalabalıktı.

D.Ş.: Kalabalıktı.

E.G.: Son olarak acaba sizden bir görüş ve onay formu alabilir miyiz? Bizim için önemli. Arka tarafta da biraz demografik... Hâlihazırda olan bir şey ama e33.

SP02: Umarım yararlı olmuştur

E.G.: Olmaz mı! Teşekkür ediyoruz.

EK D

ÖRNEK GÖRÜŞME – SAĞLIK PERSONELİ

09.06.2018

MAM – SP06

D.Ş.: Öncelikle teşekkür ederim konuşmayı kabul ettiğiniz için. Mersin Alzheimer bakımevi sağlık personeli 6, konuşmasını gerçekleştiriyoruz. Şimdi öncelikle görev tanımınızı ve ne zamandır bu işle ilgilendiğinizi öğrenmek istiyorum.

SP06: Nöroloji profesörüyüm. 26 yıllık nörologum. 12 yıldır da, Türkiye Alzheimer Merkezi Mersin Şubesi kurucu üyesi ve 6 yıldır da başkanım.

D.Ş.: Alzheimer için daha önceden kurumiçi eğitim aldınız zaten.

SP06: Hekimlik mesleğim zaten. Alzheimer’la ilgili işimi yapıyorum.

D.Ş.: Ben şimdi size ilk, yapıya dair sorular soracağım. Daha sonra iç mekân ve en sonunda donatılara, mobilyalara ilişkin sorularım olacak. Öncelikle binanın konumunu değerlendirmenizi rica edecektim sizden. Bina konumu, kat sayısı, kapladığı alan, bahçesi gibi, ya da bunların hastalar...

SP06: Bu binayı biz Mersin koşullarına göre tasarladık. Ben bu binayı tasarlatmadan önce bir mimar arkadaşına, 40 ülkede 70’e yakın tesis gezdim ve gezdiğim tesislerin artılarını eksilerini bir kenara not ettim. Daha sonra da oturduk, Mersin şehrinin özelliklerini dikkate aldık. Mersin’de güneş çok önemlidir. Pencere geniş olmalıdır ve tüm kullanım alanları güneşe veya batıya bakmalıdır. Bunlara özel özen gösterdik ve bizim arsamızın toplam alanı dört bin metrekare, biz bin metrekare oturumla dört katlı bir bina tasarladık. Binayı L şeklinde tasarladık, çünkü tek bir asansörle, tek bir yangın merdiveniyle ve tek bir ana merdivenle bazı şeyleri yönetebilme adına, daha ekonomik çıkabilmesi adına. Ve asansör kullanımımızı da üç asansör olacak şekilde bölüştürerek tasarladık. Böylece, bir hasta taşıma asansörümüz, bir personel asansörümüz, bir de yemek asansörümüz aynı anda ekonomik bir şekilde planlanabildi. Eee üçbin metrekare bahçemiz var. Bahçeyi de, ayrıca çok özen göstererek tasarladık. Tüm kullanım alanlarını, hasta odalarını, balkonlarını, güney ve batıya baktırdık. Koridorları kuzeye bıraktık. Bu Mersin’de güneşten yararlanma açısından, ısıma ve soğuma giderlerinin düşürülmesinin açısından önemli bir değişkendi. Bina L şeklinde olmasının bir diğer yanda, oturum açısından al... çok katlı olmayan, yatay bir bina olması açısından bize kolaylık sağladı ve alanımızı

sınırlamamızda yardımcı oldu. Aynı zamanda bahçeyle birlikte, kullanım alanını da daha iyi değerlendirmiş oldu. Çünkü, eğer biz bütün arsamızın ortasına kütleli bir bina yerleştirmiş olsaydık, bahçemiz binanın etrafında çepeçevre dağılacaktı ve biz orda hastalara hâkim olmakla ilgili sorun yaşayacaktık. O tabi L şeklinde binamızı tasarladık ve arsamızın bir köşesine yerleştirdik onu. Kalan dikdörtgen şeklindeki bahçede de bizim hastalarımıza aktivite alanı yaratmak, onlara hâkim olmak ve daha az personelle daha fazla hastayı takip edebilmekle ilgili kolaylıklarımız oldu. Bu bina, dört katlı olarak tasarlanmasında bir başka yön de şu oldu, aynı kütle içerisinde, hem gündüz bakımı, hem de aktif yaşlanmayı, hem de sürekli bakımı barındırabilme gibi bir özelliği oldu. Gerçi yasal olarak, yasanın bizden şu an beklediği yatay bir ayırım değil. Binaları ayrı ayrı ayırmayı istiyor, şu anki yasa. Diyor ki, gündüz bakımevi ayrı bir bina olmalıdır, girişi çıkışı bahçesiyle... Sürekli bakım merkezi ayrı bir bina olmalıdır. Ama biz bunu özellikle, bilerek böyle tasarladık. Çünkü bu personel kullanımı açısından ve ısınma, soğuma, binanın imalatı açısından da daha ekonomik bir yoldu. Ve biz gittik, bunu bakanlığa anlattık. Yatay olarak olabileceğini onlara anlattık, ikna ettik. Şimdi bizim için bakanlıktan görüş istediler ve bunun olabileceğine dair olur yazısı geldi. Bu şekilde devam edebilecek yani. Bundan sonra bu tür binalar yapılabilecek.

D.Ş.: Peki binanın planının okunabilir ve karmaşık olmamasının hastaların davranışları üzerinde olumlu veya olumsuz özellikleri oluyor mu?

SP06: Çok oluyor. Çünkü bizim, meselâ binamız o L şeklinde ve girinti çıkıntılı ya da koridorlarda bir labirentvari bir durum yok. Tek bir noktada tek bir personel her iki koridora da hâkim olabilecek durumda ve hastaları gözlemleyebilecek durumda. Bu onların mekâna uyum sağlamalarını kolaylaştırıyor. Güneşin yönü ve bizim güneşe dair kullanımlarımız, pencerelerimizin çok büyük oluşu. Perdelerimizi ona göre seçtik işte, içeride ev tipi perdeler var. Ama, güvenlik unsurları modern bir bina baktığınız zaman, bunlarda özellikle hastaların mekâna uyum sağlamaları açısından özen gösterdik. Karmaşık girintili çıkıntılı, çıkışa açılan odalar vesaire, bu tür kavramlardan uzak durduk.

D.Ş.: Odaların hepsi tek bir cephede toplanmış sanırsam. Bunu da, güneş ışığından faydalanmak amacıyla yaptığınızı düşünüyorum.

SP06: Aynen! Ve her kattaki üç oda hariç, yani toplam altı odamız hariç, diğer 24 odamızın hepsinin balkonu var.

D.Ş.: Köşedekiler mi balkon olmayan?

SP06: İçerde balkonları var. Çünkü, özellikle bu balkonları oturma odası gibi tasarladık. Hani içerdeki yatak odası, orda oturabilirler. Gerçi ortak alandan pek ayrı odalarına gitmeyi tercih etmiyolar ama, isteyenler için zaman zaman yalnız kalmak isteyen hastalarımız için de, o balkonları yaşam alanı gibi düşündük. Hani isteyen bazı hastalarımız orda çiçek yetiştirebiliyorlar ya da bazı hobi faaliyetleri yapabiliyorlar. Şu anda bir bakım için, genelde toplumdaki mahalle baskısı yüzünden çok ileri, ağır hastalar geliyor. Aslında daha erken hastalar gelirse bize, biz o balkonları da kullanım amacımıza uygun daha iyi, daha efektif kullanabileceğiz. Balkonlara kalorifer peteği bile yaptırдық. Belki dikkatinizi çekmiştir. Bunun onlar için balkonlarında bir oturma alanı gibi kışın da rahat rahat kullanılabilir olması.

D.Ş.: Eee, o balkonlarda camekân, kapatılmış zaten bunlar...

SP06: Tabi... Kapalı. Cam balkonla kapattık. Kış bahçesi gibi olsun, kışın da kullanmak açısından... Yazın da yine içerdeki klimanın orayı soğutabilmesi açısından. Çünkü Mersin çok sıcak oluyor, nemli oluyor. Hastalarımızın oraları da efektiflikle kullanması açısından...

D.Ş.: Sirkülasyon alanlarından biraz bahsedecek olursak. Koridorlar gayet genişti. Hani bunlarda hastaların sanırım sürekli bir yürüme, gezme eylemi...

SP06: Tabi. Şimdi bizim hastalarımızın çok fazla iç enerjileri var. Tekerlekli sandalyelerde bile olsalar, devamlı bir hareket istiyorlar. Ve biz gün içerisinde hastalarımızı çok özgür bırakıyoruz. Yani onları, herhangi bir bariyer görmezsiniz binanın içerisinde... Şu odaya giremezsin, bu koridora geçemezsin, bu balkona çıkamazsın gibi fiziki engeller genellikle yok. Hatta bazen birbirlerinin odalarına girip rahatsız edebiliyorlar. Bu da iletişimlerini sağlıyor. Ona da... Çok engel olmuyoruz, hani fiziki bir zorluk yaratmadığı sürece... Koridorları çok geniş tuttuk. Amacımız iki tekerlekli sandalye yanyana geçebilecek şekilde olacak. Ya da iki sedye, yanyana geçebilecek şekilde olacak. Kapılarımız çok geniş dikkatinizi çekmiştir. 120 cm kapılarımızın genişliği. Ee, banyo kapılarımız dışarıya doğru açılıyor, içeriye değil.

D.Ş.: Engelli standartları.

SP06: Böyle, engelli standartlarına fazlasıyla uygun. Eee, ve kapılarımızın pervazları belki dikkatinizi çekmiştir. Alüminyum pervaz ve köşeleri yuvarlaklı, bunu özel olarak tasarlattık. Bizim maliyetimizi yüzde 30 arttırdı. Kapı maliyetlerimiz, ama bilerek yaptık bunu... Çünkü hasta düştüğünde kafasını o pervaza çarpıp, zarar görmemesi lâzım. En çok da kapılara, giriş çıkışlarda bu tür kazaların olduğunu bildiğimiz için,

buna özen gösterdik. Kapı pervazlarımız ovaldir ve küttür. Yani keskin bir köşemiz yok. Mesela banyo seramiklerimiz düz beyazdır. Çünkü, bizim hastalarımız hayal görürler, halüsinasyon görürler ve eğer siz orda bir çiçek, böcek geometrik desenli bir seramik koyarsanız; hasta bunu halüsinasyon görür. Başka bir objeye benzetir ve banyoyu kullanmak istemez. Banyoya girmek istemez. Bütün, bizim bütün banyolarımız beyazdır. Granitlerimiz galaksi black, düz granittir. Tüm granitlerimiz banyo granitlerimiz, banyo evyelerimizin konuştuğu granitler siyah, galaksi black. Ha bunun özelliği de, yine eğer biz açık renkli üzerinde desenler olan ya da benekler olan granit ya da çimstone kullansaydık, o zaman bu bizim hastalarımızın o halüsinasyonlarını yine alevlendirecekti. Biz düz gra... siyah granit kullandık. Duvarlarda da düz beyaz seramik kullandık. Böylece o halüsinasyonların gelmesini engelledik. Aynalarımız dışa çıkıntılı... İstedığımız zaman, onların özel kumaş kılıfları var. Aynada kendini görüp, heyeca... yani bunlar ajite olan hastalarda kumaş kılıfları kullanıyoruz ve aynaları kapatmış oluyoruz.

D.Ş.: Ortak kullanım alanlarındaki ve odalardaki ıslak hacimlerden, odalara giremedim açıkçası. Hani çok fazla inceleme imkânım olmadı odaları. Şey, hasta katlar...

SP06: Odalara özel bir dolap tasarladık, giysi dolabı. O giysi dolapları, işte iki tane kenarlarda askılık var ortada çekmeceler var. Onun üzerini televizyon ünitesi gibi kullanıyoruz. Klasik bir gardırop klasik bir etajer yapmadık. Yatak başlarına etajerleri koyduk, raf gibi, yatak başı rafı gibi. Yatağın üzerinde o raflar. Onun altında da lambaları var. Neden? Çünkü hasta inerken etajerlere çarpıyor, kafasını yarıyor. Bunlar bizim için tehlikeli olsa da. Odaların hepsinde ortada bir tekerlekli sandalye ya da sedye rahatlıkla dönebilecek kadar alan bıraktık. O yüzden klasik gardırop kullanmadık, klasik etajer kullanmadık, klasik televizyon ünitesi kullanmadık. Televizyonlar, dolaba monte... Giysi dolaplarının üzeri tamamen televizyon ünitesi olarak düzenlendi... Bu o şekilde tasarladık. Odalarda ses alarmı, hasta bağırdığı zaman hemşire ünitesinden onu duyabiliyorlar. Yani ışık yanıyor, fark edebiliyorlar. Bu da hastaların kontrollerini kolaylaştırdı. Çünkü yatakların başına alarm koymuş olsak da, bizim hastalarımız o komutu algılayıp uygulayabilecek kapasitede değil.

D.Ş.: Aslında sonrasında soracaktım ama yeri gelmişken sormak istiyorum bunu... Seramiklerde işte, meselâ hastanın halüsinasyon görme eğilimi var demiştiniz. Şimdi seramiklerde aslında derz aralıkları var. Meselâ bu onları rahatsız ediyor mu? Şimdi desenli bir şeyde takılıyorlar...

SP06: Ama derzler düz renk. Hepsi düz renk.

D.Ş.: Evet. Aynen, onları...

SP06: Onları o kadar onlara hiçbir etkisi yok. Yerdeki seramikler de anti-bakteriyel, kaymaz seramik. Onu da özel olarak ben getirttirdim. O antibakteriyel kaymaz seramik, onların rahat bir şekilde ortamda dolaşmalarını sağlıyor. Hiçbir yerde halı, kilim vesaire ev tipi objeler koymadık. Bunu bazen sosyal bakımla ilgili kişiler eleştiriyor. Eve benzemiyor, hastane gibi olcağız diye... Biz ev unsurunu perdeler ile yaptık. Kullandığımız yatak örtüler ile yaptık. Çünkü, yerde herhangi bir obje, ciddi bir bakteri kaynağı demek, takılabilmek demek, düşebilmek demek, risk demek. Biz bunu kesinlikle kabul etmiyoruz.

D.Ş.: Peki renklerden biraz bahsedecek olursak, bu hastaların hani belli bir renklere eğilimi oluyor mu? Parlak, mat, pastel tonlarına...

SP06: Pastel! Pastel, açık renkler tercih ediliyor. Zaten binanın içinde görmüşsünüzdür; tüm renkler pastel açık renkler... Kapı renkleri de aynı şekilde, çok açık renkler kullandık. Akçaağaç bir kaplama, tamamen MDF bir şeyimiz var, lamine kapılarımız var. Çünkü hastalarımızın, yani keskin renklerle ilgili, ciddi ajitasyon riskleri var.

D.Ş.: Kontrast renklerle mi alakalı peki?

SP06: Kontrast renkleri sevmiyorlar.

D.Ş.: Sevmiyorlar! Peki renklerle yönlendirmeyi denediniz mi? Yani meselâ bir ıslak hacimi daha görünür, daha kolay fark edilebilir olması için, onun kapısını farklı renge boyamak, görsel sinirleri tetiklemek...

SP06: Şimdi bizim hastalarımız, ilerleyen bir hastalık. Statik bir hastalık değil, dinamik bir hastalık. Ve erken evrede hastaları renklerle yönlendirme işe yarıyor, orta evrede bir hastada ajite ediyor.

D.Ş.: Rahatsız oluyorlar mı?

SP06: Ajite ediyor. O yüzden, o kontrast şeyi ters gelir. O odaya girmemeyi, o mekâna girmemeyi tercih ediyorlar. Şimdi bizim de, her evrede hastamız var. Dolayısıyla, biz ileri evreye göre her şeyi dikkate aldık.

D.Ş.: Bunları evre evre ayırmak mümkün olabilir mi peki? Yani bir katta birinci evre, bir katta orta evre gibi?

SP06: Şimdi bu işletme açısından çok büyük bir yük. Çünkü, zaten bu hastalıkta kurumun işletmesi ve mali portföyü çok var. Yani şu anda bir hastamın, bir kuruma

maliyeti, minimum gideri 4 bin lira. Hangi emekli maaşı 4 bin lira? Kaç kişi bu parayı ödeyebiliyor?

D.Ş.: Yani ülkemizde şartlar ne yazık ki...

SP06: O yüzden, her zaman işletmeyi düşünmek zorundayız. Yani uygulanabilir bir model olmak zorunda, sürdürülebilir bir şey olmak zorunda.

D.Ş.: Peki, alzheimer hastaları için en uygun ve yararlı olan aktiviteler hangileri oluyor ve bu aktiviteleri gerçekleştirmek için ne tür mekânsal gereksinimleriniz, ihtiyaçlarınız oluyor?

SP06: En çok sporu seviyorlar. Müziği seviyorlar. Sanatsal aktiviteleri seviyorlar. Biz de onların hepsi için geniş alanlar yapıyoruz. Onlara egzersiz yaptırıyoruz. Sportif aktiviteler yaptırıyoruz. Yatalak hastaları, yatakiçi fizik tedavi aktiviteleri yaptırıyoruz. Zaten kurumda bir daimî psikoloğumuz ve daimî fizyoterapistimiz var. Onlar devamlı olarak bu hastaların ihtiyaçlarını görüp, planlamaları var ve düzenli olarak aktivite yaptırıyorlar. Ama genellikle bu gibi kurumlara hep ileri evre hastalar geliyor. Ve ileri evre hastaları da, daha çok bakım hizmeti veriyorsunuz. Yani kimse, iletişim kurabildiği ve erken ya da orta evredeki annesini ya da babasını kuruma nakletmek konusunda çok istekli olmuyor. Çünkü, üzerlerinde çok ciddi bir mahalle baskısı var. O mahalle baskısı ancak, 'diyorlar ki beni unutsun.' Nerede olduğunu fark edemeyecek hâle gelsin ondan sonra bu kuruma yatırayım.

D.Ş.: Toplumumuzun görüşünden ötürü.

SP06: Evet. O yüzden yani dünyadaki yani, örnekler gibi değil. Türkiye'deki huzurevleri gibi de değil. Çünkü huzurevleri tanım olarak kendi ihtiyacını gören insanların kaldığı mekânlar... Oysa bizim, kurumlarımız tamamen ihtiyaçları konusunda bir başkasının desteğine de ihtiyaç duran insanlardan oluşuyor. O yüzden burada daha çok bize gelenler orta ve ileri evre hastalar. Onlar için yaptırabildiğimiz en önemli şey, düzenli egzersiz, müzik, ve daha çok temel iş uğraşı aktiviteleri. İşte boyamalar yapılıyor, kille uğraşıyorlar, bahçeyle uğraşıyorlar falan gibi...

D.Ş.: Peki alzheimer bakım merkezlerindeki mahallerin, dış mekânla görsel iletişimin, ne yönde olmalı ve bunların hastaların üzerinde olumlu, olumsuz etkileri var mı? Yani belki bi pencere mi yoksa direkt dışarıya açılması mı?

SP06: Şimdi bir kere, asla bir psikiyatrinin kapalı servisi gibi böyle korkuluklar, bariyerler olan bir yer olmamalı. Çünkü bu engellenme duygusu hastaları olumsuz etkiliyor. Yani bu iyi bir şey değil. Ama dış mekândan, güneşten, çok iyi yararlanmaları lâzım. Ama bir diğer yandan baktığınızda da, meselâ hasta odası

diyelim ki yakındaki bir apartmana bakıyorsa, bu sorun... Çünkü bizim hastalarımız odada çırılçıplak da dolaşabilirler, çünkü yani onu algılayamazlar ve bu başka bir anlamda sorun teşkil edebilir. O yüzden, o aradaki hassas çizgiyi iyi kurmak lâzım. Biz camlarımızı filmli yaptık. Koridor camlarımız filmli. Filmli camlar koyduk. Balkonlarımıza da katlanır cam koyarak ikici bariyer yaratmış olduk doğal olarak ve 24 saat kamera kontrol sistemiyle de bunu dikkate alıyoruz, ama her halükârda bizim bütün odalarımızın bahçemize bakıyor olması, bizi bu anlamdaki risklerden bertaraf ediyor.

D.Ş.: Hem de hasta üzerinde bunun teröpatik bir etkisi pozitif yönde oluyor.

SP06: Yani bahçedeki etkinlikleri gördüğünde, yani balkonda oturan tekerlekli sandalyedeki bir hasta bile olumlu etkileniyor.

D.Ş.: Aslında onu da sormak istiyordum. Acaba bahçede ne tip etkinlikler yapılabılır?

SP06: Teröpatik Garden dediğimiz aktiviteler yapıyoruz ama. Şöyle ilginç bir şey var. Ben bu binayı tasarlarken bahçede bizim hastaların vakit geçireceklerini, çok fazla ekim biçim yapacaklarını, hatta kış bahçesi de yaptık sera gibi, orda da çok vakit geçireceklerini ve çok ilgileneceklerini düşünüyordum. Ama öyle olmadı. Yani boyamaları, boyama yapmayı, çizgi çizmeyi daha çok sevdiler. Bahçeye indirdiğimizde, daha çok bahçede oturup çay içmeyi seviyorlar. Sohbet etmeyi seviyorlar. Ama eline bir şey alıp da bahçeyle ilgilenen hasta sayısı o kadar az ki... Sevmiyorlar. Neden bilmiyorum, ama sevmiyorlar. Sıkılmışlar. Sıkılmışlar yani, bahçeyle uğraşmak onlara ilginç gelmiyor. Domates toplamayı bile sevmiyorlar. İlginç.

D.Ş.: Farkında oluyorlar mı peki bahçedeki yer, o domates?

SP06: Oluyor. Onun domates olduğunu çok iyi biliyor. Bizim aktif yaşlanmaya gelenler, sağlıklılar seviyor bahçeyle uğraşmayı. Ama Alzheimer hastaları sevmiyor. İlginç bir şey, ki yerden yüksek bahçe, alanları yaptık, o kadar uğraştık. Yolları ona göre tasarladık. Her yer çim. Oturabiliyorlar. Her şeyi yapabiliyorlar. Ciddi ekim alanımız var yani, her türlü sebze ektik. Ama sevmiyorlar.

D.Ş.: Peki çiçekle bitki arasında, yani meyveyi sev...

SP06: Onları da sevmiyorlar.

D.Ş.: Evet ilginç gerçekten. Peki hastaların, hasta yakınlarının, şimdi burası yakın olduğu için hasta yakınları bayramda ziyaret falan etmek istiyorlardır. Görüşebilecekleri,

SP06: Her gün.

D.Ş.: Ayrı bir yer var mı?

SP06: Var aşağıdaki görüşme odasında, birinci kattaki bahçe katında, dinlenme odası yazan kapıda, orası görüşme odası... Orda, hasta yakınları hastalarını aldıkları zaman aşağı indiriyolar. Orada onlara her türlü çay, kahve, ikram, dergi, gazete her şey var. Orada hastalarıyla birlikte vakit geçiriyolar. Bahçeyi istedikleri gibi kullanabiliyolar. Hafta içi veya hafta sonu fark etmez. Akşam saatleri tabi ki izin vermiyoruz. Belli bir saatten sonra ziyaretleri kısıtlıyoruz. Saat 9'a kadar gelebiliyorlar. Ve bu ziyaret saatlerinde hastalarıyla aşağıda ayrı bir görüşme odaları var ve görüşüyorlar.

D.Ş.: Peki bir de yönetmeliğe dair sorum olacaktı. Şimdi alzheimer bakımevlerine, merkezlerine yönelik bir yönetmelik yok şu an. Olsaydı sizce ne tip eksiklikler var, neler olmalıydı hani...

SP06: Çok fazla! O çok uzun bir soru, buna çok cevap vermeyeceğim. Ama mevcut yönetmeliği tamamen Ankara'da durup, kafadan hazırlamışlar. Ve biz, bunun çok fazlasını yaptık. Yani mevcut yönetmelikte olup, bizde olmayan hiçbir şey yok. Biz fazlasını yaptık. Mevcut yönetmelik bize müze yap demiyor, biz müze de yaptık. Mevcut yönetmelik bize akvaryum köşesi yap demiyor, biz onu da yaptık. Mevcut yönetmelik binanın içerisinde terzi odası olsun demiyor, biz onu da yaptık.

D.Ş.: Evet.

SP06: Kuaför salonu demiyor, biz onu da yaptık. Mevcut yönetmelik size, ayrı uğraş alanları olsun demiyor, biz onu da yaptık. Eee ama mevcut yönetmelik illa dikey binalar, ayrı ayrı odalar diyor. Hiçbir alanı yok. Mevcut yönetmelik asla bir kurumda sağlık çalışanını gerekli kılmıyor. Personel için, fizyoterapisti gerekli kılmıyor. Psikoloğu gerekli kılmıyor. Sadece hemşireniz olsun bir tane kâğıt üzerinde yeterli diyor. Oysa ki, bizim hastalarımızın 24 saat nöbetçi hemşire sistemiyle denetlediğimiz hâlde, doktorumuz olduğu hâlde yetişemiyolar. Ben ikinci doktor olarak devreye giriyorum. Yani mevcut yönetmeliğin ciddi eksikleri var. Ve biz bunları adım adım, tane tane bakanlığa anlatıp, düzelttirmeye çalışıyoruz. Umarım başarabiliriz.

D.Ş.: Umarım. Peki, aydınlık düzeyinden biraz bahsedebilir misiniz? Ne tip ışık? Doğal ışıktan mı hoşlanıyorlar, yoksa yapay aydınlatmadan mı? Yapay aydınlatma kullanmak zorunda olduğumuz durumda yani akşamları...

SP06: Yapay aydınlatma kullandığımızda, kesinlikle beyaz ışık... Kesinlikle indirekt aydınlatmaları çok seviyolar. Eee, LED'lerimiz var, ama LED'lerimiz tavan lambalarımız, görmüşsündür belki, tamam... Böyle değil. Bakın benim odamdaki gri renkte görünüyor. Böyle değil, düz... Neden, çünkü hem kaplama olmasın, hem doğru

aydınlatma olsun, hem de toz bakteri biriktirmesin. Banyolarımız çok özel. Banyolarımızda hastalarımızın, her hasta odasında banyomuz var. Geniş, tamamen engelli, tekerlekli sandalye içerde dönebilecek kadar geniş bir banyomuz var. Duşa kabinlerimiz var. Klozetlerimizin yüksekliği ve özellikleri engelli standartlarında... Ayrıca da yataklık hastalarımızı sedyeye alıp, liftimiz var hasta taşıma liftimiz, o liftle sedyeye alıyoruz. Sedyeye banyoya alıyoruz. Ve banyoda şeyin üzerinde, sedyenin üzerinde yıkıyoruz. Hasta banyolar, orada dezenfekte havuzlarımız var. Dezenfekte havuzuna giriyor önce çıkan giysiler, orda dezenfekte ediliyor. Daha sonra normal çamaşır odalarına gidiliyor. Endüstriyel çamaşır makinalarımız ve çamaşır odalarımız var. O çamaşır, endüstriyel çamaşır makinalarımızda günlük onlar yıkıyor. Yani herhangi bir çamaşır, dışarıya gidip bir fabrikada yıkanıp gelmiyor. Çünkü, bu ciddi bir risk bu hastalar için... Hemen orda dezenfekte sisteminden geçtikten sonra yıkıyor. Endüstriyel ütülerimiz var. O ütülerden hızlı bir şekilde geçerek, yapıyor. Meselâ bu hastaların kıyafetlerinin etiketlenmesi bile ayrı bir sistem. Bunu hiçbir yerde yazılı yok. Biz onu geliştirene kadar hayatımız kaydı. Hem üst üste birbirine girdi. Oda ismi koyduk olmadı. Hasta baş ismi koyduk olmadı. Etiketlendirmeye özel bir sistem geliştirdik. Yani doğruyu bulana kadar bayağı bir zorlandık.

D.Ş.: Deneyimlerinle oldu bu? Eee, peki iklimlendirme özelliklerinden biraz bahsedecek olursak, tabi Mersin çok sıcak bir şehir.

SP06: Her yer için gerekiyor. Çift kanal VRF iklimlendirme klima sistemimiz var. Bu çift kanal VRF iklimlendirme yetmediği hâlde, biz binayı önce bir havalandırma sistemi koydurduk. Ayrı bir havalandırma sistemimiz de var. Bu iki sisteme rağmen geniş camlarımızla düzenli havalandırıyoruz ayrıca dış ortam havasını da alıyoruz. Ayrıca kaloriferlerimiz var, kışın da kaloriferle ısıtıyoruz hastalarımızı. Klimaların o mahali ısıtma için de kullanabiliriz. O genelde böyle kullanılır ama biz klimaların ortam havasını kurutmasını ve bunun hastalardaki üst solunum semptomlarının artırmasını istemediğimiz için, nemlendirme yönünden dikkat ediyoruz. Ve ayrıca kışın kalorifer kullanıyoruz. Eee.

D.Ş.: Yerden ısıtmayı neden tercih etmediniz, peki?

SP06: Hı?

D.Ş.: Yerden ısıtmayı?

SP06: Yerden ısıtma Mersin için uygulanamaz bir şey, çünkü bir yere seramik koyuyorsunuz. Seramiği yerden ısıtırsanız büyük bir enerji kaybedersiniz.

D.Ş.: Evet.

SP06: Yani enerji sarfiyatı olur.

D.Ş.: Peki eee, yemek yedikleri alandan biraz bahsetmek istiyorum ben size. Fuaye alanında yani gün içerisinde oturup televizyon izledikleri alanda yemeklerini yiyorlar aynı zamanda. Bunu ayırmamanızın özel bir sebebi var mı?

SP06: Var tabi şimdi... Çünkü bir kere ait oldukları yerden ayrılmaz bizim hastalarımız. ‘Burası yemek odası, sen gel burda yemek ye.’ gelmezler. Oturma alanında yerler. Yani evlerimizde oturma odalarında yemek yiyorlar. Salonlarına geçip yemek yemiyorlar.

D.Ş.: Anladım.

SP06: Yani mutfağa yakın olması, mutfakın uygulanabilir olması, bir de sonuçta personel kullanıyorsunuz her sefer. Yani bir daha ayrı yemek personeli, ayrı yemek odası, çok amaçlı salon gibi kullanıyoruz biz o alanları. Ha, iyi durumda olan hastalar gün içerisinde aşağıda yemekhanemiz var biliyorsunuz 30 kişilik çok büyük bir yemekhanemiz var. O yemekhaneye de inip, yiyebiliyorlar. Ama çoğunlukla katlarda yiyorlar.

D.Ş.: Katlarda, hep birlikte. Tabak, normal...

SP06: Porselen tabak kullanıyoruz. Kesinlikle tabldot tepsileri kullanmıyoruz. O porselen tabakları özellikle, mesela çiçekli falan böyle evlerden de getirdik birçok tabak. Öyle de kullanıyoruz. Sadece düz tabakları kullanmıyoruz. Hani ev ortamını hissetsinler diye.

D.Ş.: Peki şey, daha... bu hastaların tanıdık eşyalarını, geçmişe ait onlara ait sevdikleri eşyaların getirmesinin ya da kullanmasının bellek takviyesinde ya da onların kişisel kimliğinde takviye konusunda...

SP06: Etkisi var tabi. Ama bizim toplumumuzda genel olarak ilginç bir şey, yani çok bağlı oldukları eşya yok. Getirmiyor aileler. Biz diyoruz meselâ sevdikleri bir yatak örtüsü varsa getirin, çok sevdiği bir koltuğu varsa getirebilirsiniz. Ya da ne bileyim sevdiği bir yastığı vesaire... Getirenler de oluyor ama yüzde 90 getirmiyorlar.

D.Ş.: Ama bunun belleğe yardımı olduğu konusunda bir çalışmalar var yani...

SP06: Tabi ki. Odalarda fotoğraflar var, dikkat ederseniz. Odalarında fotoğrafları var. Kendilerin ait fotoğrafları, aile bireylerine ait fotoğrafları, sevdikleri fotoğraflar onları asıyoruz. Yani asacak...

D.Ş.: Peki son olarak, güvenlik konusuna değinecek olursak. Hastaların ihtiyaçları ya da depolama alanları ya da kimyasal madde için bunlar mevcut, sanırım merkezde.

SP06: Yani ilaç dolaplarını özel tasarlattım ben.

D.Ş.: Evet. Bahsettiler.

SP06: Onları görmem gerekiyor. Ayrıca aşağıdaki hasta günlük gelen hasta katında da ilaç dolabımız var, ona da bakabilirdin. Birebir aynısı.

D.Ş.: Yo, o taraf... Hıı. Yok o soruyu da atladık o zaman. İlaç odasını görmedim.

SP06: İlaç dolabı.

D.Ş.: Özel olarak bir şey yapılmış, ondan bahsettiler.

SP06: Özel bir dolap yaptırdım ben.

D.Ş.: Evet bahsettiler.

SP06: Yani bu dolabı ihtiyaçlarımıza göre yapıldı... Onu göreceksin neye benzediğini.

D.Ş.: Göremedim ne yazık ki. Neyse ben Didem Hanım'dan isterim fotoğrafını bana gönderir birazdan. Ben ona mail attım bazı şeyleri istedim, onları bana iletecek kendisi...

SP06: Tamam. İlaç dolaplarının fotoğrafını sana göndersin. Güvenlik çok önemli. Alarm sistemleri merkezi meselâ yönetmelik bize, demiyor ki VRF şey merkezi, sprinklerle yangın sistemi koyacaksınız demiyor. Ama biz merkezi yangın söndürme koyduk. Çok büyük bir maliyet bu. Yani bunun ne kadar pahalı bir şey olduğu hakkında bir fikriniz var mı bilmiyorum, çok pahalı bir şey. Ama ben kendim birtakım çözümler buldum. Onları kapanmış bir avmden, pompalarını İstanbul'dan getirttirdim falan filan. Çok makul bir fiyata getirttirdim. Ve merkezi yangın sistemimiz var. Odalarda ses alarmımız var. Güvenlik için dediğim gibi, bariyerli kameralarla kontrol sistemimiz var. Tamam. Ve ilaçlar kesinlikle ortada bırakılmıyor. Depo odalarımız var. Depo odalarında fazla kıyafetlerini hastaların fazla giysilerini, dolap, onu tuttuğumuz alanlarımız var. Yani yataklarının altında şeyleri, bavulları ya da ayakkabıları şunlar bunlar durmuyor. Bunların hepsi enfeksiyon kaynağı. O yüzden depo odalarımız var. O depo odalarda hastaların isimleriyle onları depoluyoruz. İlaçları dediğim gibi ayrı tutuyoruz. Müşahede odamız var. Müşahede odamız ayrıca şeyli, ne derler (karantinalı), eee hastaların mesela enfeksiyonlu olduğunda ya da ateşli bir durumda olduğunda, gözetim altında olması için diğer hastayı enfekte etmemesi için tuttuğumuz alanlar. Oralarda sıhhi malzemeleri tuttuğumuz kilitli dolaplarımız var. Kesinlikle ortalıkta bunların olmaması gerekiyor.

D.Ş.: Peki... şey...

SP06: Deterjanların tutulduğu odalar ayrı. Temizlik odaları, çamaşır odaları... Hiç birine hastalar giremiyor.

D.Ş.: Evet. Kameralar peki hastaların üzerinde bir etkisi oluyor mu?

SP06: Kamerayı görmüyorlar ki.

D.Ş.: Fark etmiyorlar. Algılayamıyorlar tabi ki.

SP06: Kamerayı onlar fark etmiyor.

D.Ş.: Aklıma gelmişken bir şey daha sormak istiyorum. Odaların kapısında fotoğrafları vardı hastaların.

SP06: Evet.

D.Ş.: Peki bunun yardımı oluyor mu onlara odalarını bulma açısından?

SP06: Çok faydası oluyor. Çok faydası oluyor. Kendi odalarını hemen tanıyorlar.

D.Ş.: Hı hı. Tamam. Benim şu an size hızlıca soracaklarım bu kadardı. Teşekkür ederim.

SP06: Yani burada mimari çok önemli. Meselâ koltukları seçerken onu söylemediniz. Bütün koltuklar deri.

D.Ş.: Evet.

SP06: Tüm koltuklar deri silinebilir özellikte. Köşeleri küt, astar, keskin değil. Eee sandalyelerin hepsi ahşap veya deri, silinebilir özellikte. Masaların hepsi lamine, silinebilir özellikte...

D.Ş.: Temizlik açısından kolaylık sağlaması için...

SP06: Evet. Ve iç mekânda kullanılan tüm objeler silinebilir özellikte. Dekoratif unsurları çok sınırlı tuttuk. Çok fazla çiçek-böcek, incik-boncuk iç mekânlarda hasta katlarında tutmuyoruz. Çünkü bunların hepsi enfeksiyon kaynağı ve risk.

D.Ş.: Tehlike oluşturabiliyor.

SP06: Yani en basitini sana söyleyeyim. Yönetmelik bana diyor ki, yangın tüpü koridorda duracak.

D.Ş.: Yangın dolabınız vardı.

SP06: Yangın dolabımız var, merkezi yangın söndürme ünitemiz de var. Buna rağmen diyor ki yangın tüpü ortada duracak. Benim hastam o yangın tüpünü alıp, diğer hastanın kafasına vuruyor. Ne yapmalıyım?

D.Ş.: Evet. Bu da yönetmeliğin...

SP06: Na'pmalıyım? Yangın tüplerini, yangın merdivenlerinin başında tutuyorum. Diyo ki yangın merdivenlerinin önünde hiçbir şey olmayacak, açık olacak. Tamam, ben de yangın merdivenlerini kilitlemiyorum kilitletlenmesini tabi ki doğru bulmuyorum.

Ama yangın merdivenlerim açık olduğu zaman hasta ordan iniyor aşağıya. Kaçıp gidiyor. Önüne koltuk çekiyorum devamlı. İkili üçlü koltukları çekiyorum.

D.Ş.: Alarm takılmış sanırım ondan bahsettiler.

SP06: Aynen.

D.Ş.: Dokunduklarında, açıldıklarında.

SP06: Açıldıklarında da ayrıca alarmım var. O koltuğu çekerse diye.

D.Ş.: Evet.

SP06: Ama daha ötesini yapamam. Tamamen açık bırakamam. Camlarda güvenlik kilidim var. Tüm camlarda güvenlik kilidim var. Bunu da yönetmelik bana koy demiyor.

D.Ş.: Ama koymamız gerekiyor çünkü farkına varamıyorlar. Derinlik algılarını da kaybediyor sanırım bu hastalar belli bir süre sonra.

SP06: Aynen öyle.

D.Ş.: Atıyorum tek bir basamak bile, belki fark edemiyor.

SP06: Yapamazlar. Yapamazlar yani o kadar zor ki. Yani bir yerde kısıtlamak zorundasınız.

D.Ş.: Evet.

SP06: Hani evre evre yapabilme lüksünüz yok. Kadını var bunun, erkeği var.

D.Ş.: Hepsinin de farklı özellikte değişiyor.

SP06: Eğitime göre var.

D.Ş.: Peki yurtdışında gördüğünüz örneklerde, ekstrem bir durum, var mıydı bizimkinden farklı?

SP06: Şimdi yurtdışındaki genel örneklerde, en iyi örnek Hollanda'daki Hogeweyk alzheimer köyü.

D.Ş.: Onu inceledim zaten.

SP06: Ee, Alzheimer köyüne göre bizim standartlarımız daha iyi. Çok net söylüyorum bunu. Biz ondan daha iyisini yaptık. Neden daha iyisini yaptık? Alzheimer köyünün artısı, düz bir tesis. İkinci katı çok iyi durumdaki insanlara veriyorlar. Ee, evet tek kişilik odalar, o da güzel. Ama insanlar kendi işini kendi yapıyor. Siz türkiye'de 80 yaşındaki kimseye 'Git suyunu kendin al.' dediğiniz zaman hakarete uğrarsınız. Kültürel özellikler işe gidiyor. Orda toplumdaki kastlar, merkezlere de yansıyor. Düşük gelirliiler. Düşük gelirliilere göre bir odalarda kalıyor, yüksek gelirliiler yüksek gelirliilere göre odalarda kalıyor. Şimdi biz burda öyle bir şey yapsak, büyük bir tepki

alırız. Yani toplumun yapısına göre yansıyor. Ve orda erken evrede insanlar rahatlıkla gelip kuruma yerleşiyor.

D.Ş.: Öyle bir önyargı da yok çünkü bu tip kurumlara karşı. Ben incelemiştim sadece fotoğraflarına baktığımda, orda dekoratif objelerin de kullanıldığını görmüştüm bir lambader olsun... hani...

SP06: Tamam ama onlar erken evre.

D.Ş.: Evet. Daha ev ortamı vardı.

SP06: Ve insanlar düşünün ki, 155 tane yaşlı var Alzheimer köyünde, saat 5ten sonra bütün tesiste iki tane personel kalıyor.

D.Ş.: Gidiyorlar.

SP06: İki personel. Ben gece 6 hastaya bir bakım personeli tutuyorum. Her kata bir hemşire tutuyorum. Ayrıca bir tane güvenlik görevlisi tutuyorum ve yetişemiyorum, nasıl?

D.Ş.: Evet. Neden bu kadar farklı...

SP06: Çünkü biz kendi işimizi kendimiz yapmaya alışkın bir toplum değiliz. Ve hasta yakınlarının beklentisi çok fazla... Evde bahaneleri banyoya giderken düşebilir, bu çok normal. Ama kurumda düştüğü zaman kıyamet fırlıyor.

D.Ş.: Evet.

SP06: Bir hasta diğer hasta odasına girebiliyor. Kendi odası zannedebiliyor. Ne bileyim, bir itişme kakışma olabiliyor. Personel yanına gidinceye kadar diyelim ki birbirini ufak tefek iteledile, kakaladılar büyük bir problem...

D.Ş.: Aynı şeyler orda da olmuyor mu? Yani acaba onların hastalarında...

SP06: Oluyor ama normal karşılanıyor. Ona bakarsanız alzheimer hastası tekrar söylüyorum, akşam 5'ten sabah 8'e kadar kimse yok. Yani çişini yapıyor altında kalıyor, kakasını yapıyor altında kalıyor...

D.Ş.: Evet.

SP06: Okey? Gidip koridorda uyuyabilir sabaha kadar, orda kalabilir. Mutfığa gelebilir. Çekmecedan çatal alıp arkadaşına vurabilir. Hepsi müsait. Ama orda sorun olmuyor, bizde olur. Bizim mutfagımız kilitli.

D.Ş.: Evet güvenlik önlemleri çok üst safhada zaten bizde. İlginç işte, bu da toplumsal fark olarak ortaya çıkıyor.

SP06: Yani buna rağmen olabiliyor. Zor bir şey, çok zor bir şey...

D.Ş.: Ben sonlandırıyorum. Çok teşekkür ederim vakit ayırdığınız için.

ÖRNEK KODLAMA – SAĞLIK PERSONELİ

09.06.2018

MAM – SP06

D.Ş.: Öncelikle teşekkür ederim konuşmayı kabul ettiğiniz için. Mersin Alzheimer bakımevi sağlık personeli 06 konuşmasını gerçekleştiriyoruz. Şimdi öncelikle görev tanımınızı ve ne zamandır bu işle ilgilendiğinizi öğrenmek istiyorum.

SP06: Nöroloji profesörüyüm. 26 yıllık nörologum. Tecrübe/Mevcut Görev Süresi/26 Yıl Önceki Görevi/Nörolog 12 yıldır da Türkiye Alzheimer Merkezi Mersin Şubesi kurucu üyesi ve 6 yıldır da başkanım. Tecrübe/Kurumdaki Görev Süresi/10-15 Yıl Mevcut Görevi/Dernek Başkanı

D.Ş.: Alzheimer için daha önceden kurum içi eğitim aldınız zaten.

SP06: Hekimlik mesleğim zaten. Alzheimer’la ilgili işimi yapıyorum. *Eğitim/Hizmet İçi Eğitim/Alınmış*

D.Ş.: Ben şimdi size ilk yapıya dair sorular soracağım, daha sonra iç mekân ve en sonunda donatılara, mobilyalara ilişkin sorularım olacak. Öncelikle binanın konumunu değerlendirmenizi rica edecektim sizde. Kat... binanın konumu, kat sayısı, kapladığı alan, bahçesi gibi, ya da bunların hastalar...

SP06: Bu binayı biz Mersin koşullarına göre tasarladık. Ben bu binayı tasarlatmadan önce bir mimar arkadaşıma, 40 ülkede 70’e yakın tesis gezdim ve gezdiğim tesislerin artılarını eksilerini bi kenara not ettim. Daha sonra da oturdum, Mersin şehrinin özelliklerini dikkate aldık. Mersin’de güneş çok önemlidir. Pencerele geniş olmalıdır ve tüm kullanım alanları güneye veya batıya bakmalıdır. Mek.Nit./Genel Nitelikler/Yapı/Bulunduğu Konumun İklimine Uygun Tasarlanmış Bunlara özel özen gösterdik ve bizim arsamızın toplam alanı 4 bin metrekare, biz bin metrekare oturumla 4 katlı bi bina tasarladık. Mek.Nit./Genel Nitelikler/Yapı/4 Katlı Binayı L şeklinde tasarladık çünkü tek bir asansörle, tek bir yangın merdiveniyle ve tek bir ana merdivenle bazı şeyleri yönetebilme adına, daha ekonomik çıkabilmesi adına. Mek.Nit./Yapı/L Plan Şeklinde Ve asansör kullanımımızı da üç asansör olacak şekilde bölüştürerek tasarladık. Böylece bir hasta taşıma asansörümüz bir personel

asansörümüz bir de yemek asansörümüz aynı anda ekonomik bir şekilde planlanabildi.
Ulaşım/Erişebilirlik/Asansör/Var Ee 3000 metrekare bahçemiz var. Bahçeyi de ayrıca
çok özen göstererek tasarladık. Mek.Org./Bahçe Tüm kullanım alanlarını, hasta
odalarını, balkonlarını, güney ve batıya baktırdık. Mek.Org./Plan Kurgusu/Kullanım
Alanları Güney Veya Batı Tarafıta Koridorları kuzeye bıraktık. Mek.Org./Plan
Kurgusu/Koridorlar/Kuzey Tarafıta Bu Mersin’de güneşten yararlanma açısından,
ısıma ve soğuma giderlerinin düşürülmesinin açısından önemli bir değışkendi. Binanın
L şeklinde olmasının bir diğer yanı da oturma açısından al... çok katlı olmayan, yatay
bir bina olması açısından bize kolaylık sağladı ve alanımızı sınırlamamızda yardımcı
oldu. Aynı zamanda bahçeyle birlikte kullanım alanını da daha iyi değerlendirmiş
oldu. Mek.Nit./Yapı/ Az Katlı Ve Yatay Yapıda Olması Avantaj Sağlar Çünkü eğer biz
bütün arsamızın ortasına kütsel bir bina yerleştirmiş olsaydık, bahçemiz binanın
etrafında çepeçevre dağılacaktı ve biz orda hastalara hâkim olmakla ilgili sorun
yaşayacaktık. O tabi L şeklinde binamızı tasarladık ve arsamızın bir köşesine
yerleştirdik onu. Kalan dikdörtgen şeklindeki bahçede de bizim hastalarımıza aktivite
alanı yaratmak, onlara hâkim olmak ve daha az personelle daha fazla hastayı takip
edebilmekle ilgili kolaylıklarımız oldu. Mek.Nit./Bahçe/Binanın L Formda Olması
Bahçe Üzerindeki Etkisi Olumlu Bu bina, 4 katlı olarak tasarlanmasında bir başka
yönde şu oldu, aynı kütle içerisinde hem gündüz bakımı hem de aktif yaşlanmayı hem
de sürekli bakımı barındırabilme gibi bir özelliğı oldu. Mek.Nit./ Aktif Yaşlanma Merk.
Ve Süreli Bakım Evi Aynı Bina İçerisinde Bulunmakta Gerçi yasal olarak, yasanın
bizden şu an beklediğı yatay bir ayırım değil. Binaları ayrı ayrı ayırmayı istiyor şu anki
yasa. Diyor ki gündüz bakımevi ayrı bir bina olmalıdır, girişı çıkışı bahçesiyle; sürekli
bakım merkezi ayrı bir bina olmalıdır. Ama biz bunu özellikle bilerek böyle tasarladık.
Çünkü bu personel kullanımı açısından ve ısınma, soğuma, binanın imalatı açısından
da daha ekonomik bir yoldu ve biz gittik bunu bakanlığa anlattık ve yatay olarak
olabileceğini onlara anlattık, ikna ettik, Şimdi bizim için bakanlıktan görüş istediler ve
bunun olabileceğine dair olur yazısı geldi. Bu şekilde devam edebilecek yanı. Bundan
sonra bu tür binalar yapılabilecek. Aktif Yaş Alma Ve Süreli Bakımevleri Aynı Binada
Bulunabilir

D.Ş.: Peki binanın planının okunabilir ve karmaşık olmamasının hastaların davranışları üzerinde olumlu veya olumsuz özellikleri oluyor mu?

SP06: Çok oluyor çünkü bizim mesela binamız o L şeklinde ve girinti çıkıntılı ya da koridorlarda bi labirentvari bir durum yok. Mek.Org./Plan Kurgusu/Basit, Kolay Algılanabilir Olmalı Tek bir noktada tek bir personel her iki koridora da hâkim olabilecek durumda ve hastaları gözlemleyebilecek durumda. Mek.Org. / Plan Kurgusu/Hemşire İstasyonu Olmalı (+) Bu onların mekâna uyum sağlamalarını kolaylaştırıyor. Mekân Nitelikleri/ Aidiyet/ Hastaların Adapte Olabilmesi Güneşin yönü ve bizim güneşe dair kullanımlarımız, pencerelerimizin çok büyük oluşu. Perdelerimizi ona göre seçtik işte, içerde ev tipi perdeler var ama, güvenlik unsurları modern bir bina baktığınız zaman, bunlarda özellikle hastaların mekâna uyum sağlamaları açısından özen gösterdik. İmdonatı/Mobilya/”Ev Gibi”/Perde-Koltuk-Kanepe Vb./Sıcaklık Hissi Karmaşık girintili çıkıntı, çıkışa açılan odalar vesaire, bu tür kavramlardan uzak durduk. Mek. Org. / Plan Kurgusu/ Yer -Yön Bulabilme/ Olumlu D.Ş.: Odaların hepsi tek bir cephede toplanmış sanırsam bunu da güneş ışığından faydalanmak amacıyla yaptığınızı düşünüyorum.

SP06: Aynen. Ve her kattaki üç oda hariç, yani toplam altı odamız hariç diğer 24 odamızın hepsinin balkonu var.

D.Ş.: Köşedekiler mi balkon olmayan?

SP06: İçerde balkonları var. Çünkü özellikle bu balkonları oturma odası gibi tasarladık. Hani içerdeki yatak odası, orda oturabilirler. Gerçi ortak alandan pek ayrı odalarına gitmeyi tercih etmiyorlar ama, isteyenler için zaman zaman yalnız kalmak isteyen hastalarımız için de o balkonları yaşam alanı gibi düşündük. Mek.Nit./Yapı/Odalarda Camekan Balkon Var Hani isteyen bazı hastalarımız orda çiçek yetiştirebiliyorlar ya da bazı hobi faaliyetleri yapabiliyorlar. Mek.Org./Bahçe/Çiçeklendirme/Hasta Üzerinde Olumlu Etki Şu anda bir bakım için genelde toplumdaki mahalle baskısı yüzünden çok ileri, ağır hastalar geliyor. Aslında daha erken hastalar gelirse bize, biz o balkonları da kullanım amacımıza uygun daha iyi, daha efektif kullanabileceğiz. Balkonlara kalorifer peteği bile yaptırдық. İmkk/İklim./Isıtma/Kalorifer Belki dikkatinizi çekmiştir. Bunun onlar için balkonlarında bir oturma alanı gibi kışın da rahat rahat kullanılabilir olması. Mek.Org./Kış Bahçesi Olmalı

D.Ş.: Ee, o balkonlarda camekan, kapatılmış zaten bunlar...

SP06: Tabi, kapalı, cam balkonla kapattık. Kış bahçesi gibi olsun, kışın da kullanmak açısından. Mek.Org./Kış Bahçesi Olmalı Yazın da yine içerdeki klimanın orayı

soğutabilmesi açısından. İmkk/İklim. /Soğutma-Isıtma/Klima. Çünkü Mersin çok sıcak oluyor, nemli oluyor. Hastalarımızın oraları da efektif kullanması açısından...

D.Ş.: Sirkülasyon alanlarından biraz bahsedecek olursak. Koridorlar gayet genişti hani bunlarda hastaların sanırım sürekli bir yürüme, gezme eylemi...

SP06: Tabi. Şimdi bizim hastalarımızın çok fazla iç enerjileri var. Tekerlekli sandalyelerde bile olsalar devamlı bir hareket istiyorlar ve biz gün içerisinde hastalarımızı çok özgür bırakıyoruz yani onları herhangi bir bariyer görmezsiniz binanın içerisinde. Şu odaya giremezsin, bu koridora geçemezsin, bu balkona çıkamazsın gibi fiziki engeller genellikle yok. Hatta bazen birbirlerinin odalarına girip rahatsız edebiliyorlar. Bu da iletişimlerini sağlıyor ona da çok engel olmuyoruz hani fiziki bir zorluk yaratmadığı sürece. Koridorları çok geniş tuttuk. Amacımız iki tekerlekli sandalye yan yana geçebilecek şekilde olacak. Ya da iki sedye yan yana geçebilecek şekilde olacak. Mek.Org./Plan Kurgusu/Koridorlar/İç Mekânda Yürüyüş Yapmaya Uygun Nitelikte Olmalı

Mek.Nit./Boyut/Koridorlar/Geniş Ve Düz Olmalı

Mek.Nit./Boyut/Giriş/Geniş, Ferah (+) Kapılarımız çok geniş dikkatinizi çekmiştir. 120 cm kapılarımızın genişliği. Mek.Nit./Boyut/Kapılar/Genişlikleri 120 CM Ee banyo kapılarımız dışarıya doğru açılıyor, içeriye değil. Mek.Nit./Kapılar/Lavabo Kapıları/Dışa Açılır Şekilde Olmalı

D.Ş.: Engelli standartları.

SP06: Böyle engelli standartlarına fazlasıyla uygun. Mek.Org./Banyolar/Engelli Standartlarına Uygun Düzenleme Ee, ve kapılarımızın pervazları belki dikkatinizi çekmiştir, alüminyum pervaz ve köşeleri yuvarlaklı, bunu özel olarak tasarlattık. Bizim maliyetimizi yüzde 30 arttırdı. Kapı maliyetlerimiz ama bilerek yaptık bunu. Çünkü hasta düştüğünde kafasını o pervaza çarpıp, zarar görmemesi lazım. En çok da kapılara, giriş çıkışlarda bu tür kazaların olduğunu bildiğimiz için, buna özen gösterdik. Kapı pervazlarımız ovaldir ve kütür yani keskin bir köşemiz yok. Mesela banyo seramiklerimiz düz beyazdır. Çünkü bizim hastalarımız hayal görürler, halüsinasyon görürler ve eğer siz orda bir çiçek böcek geometrik desenli bir seramik koyarsanız hasta bunu halüsinasyon görür başka bir objeye benzeter ve banyoyu kullanmak istemez. İmkk/Malz./Tekrarlayan Desen Halüsinasyon Veya Obsesif Duruma Sebepiyet Verebilir Banyoya girmek istemez. Bütün bizim bütün banyolarımız beyazdır. Granitlerimiz galaksi black. Düz granittir. Tüm granitlerimiz banyo granitlerimiz, banyo evyelerimizin konduğu granitler siyah, galaksi black.

İmdonatı/Mobilya/Renk/ Kontrast Renk/ Algıyı Arttırabilir He bunun özelliği de yine eğer biz açık renkli üzerinde desenler olan ya da benekler olan granit ya da çimstone kullansaydık, o zaman bu bizim hastalarımızın o halüsinasyonlarını yine alevlendirecekti. Biz düz gra... siyah granit kullandık. Duvarlarda da düz beyaz seramik kullandık. Böylece o halüsinasyonların gelmesini engelledik. Aynalarımız dışa çıkıntılı. İstedğimiz zaman onların özel kumaş kılıfları var. Aynada kendini görüp, heyeca... yani bunlar ajite olan hastalarda kumaş kılıfları kullanıyoruz ve aynaları kapatmış oluyoruz. *İmdonatı/Aksesuar/Ayna/Kullanılmamalı, Algılanamıyor* D.Ş.: Ortak kullanım alanlarındaki ve odalardaki ıslak hacimlerden, odalara giremedim açıkçası. Hani çok fazla inceleme imkânım olmadı odaları. Şey, hasta katlar...

SP06: Odalara özel bir dolap tasarladık, giysi dolabı. O giysi dolapları, işte iki tane kenarlarda askılık var ortada çekmeceler var. *İmdonatı/Hasta Odaları/ Dolap* *İmdonatı/Dolap İçinde Çekmece Ve Askılık* Onun üzerini televizyon ünitesi gibi kullanıyoruz. Klasik bir gardırop klasik bir etajer yapmadık. Yatak başlarına etajerleri koyduk, raf gibi, yatak başı rafı gibi. Yatağın üzerinde o raflar. Onun altında da lambaları var. Neden? Çünkü, hasta inerken etajerlere çarpıyor, kafasını yarıyor. Bunlar tehlike yaratmakta. *İmdonatı/Yatak Odaları/Komodini/Olmamalı/Tehlikeli Odaların hepsinde* ortada bir tekerlekli sandalye ya da sedye rahatlıkla dönebilecek kadar alan bıraktık. *Mek.Nit./Boyut/Hasta Odası/Sedye Ve Tekerlekli Sandalye Dönebilecek Yeterlikte* O yüzden klasik gardırop kullanmadık, klasik etajer kullanmadık, klasik televizyon ünitesi kullanmadık. Televizyonlar dolaba monte. *İmdonatı/Yatak Odaları/Hasta Odalarında Televizyon Bulunmakta* Giysi dolaplarının üzeri tamamen televizyon ünitesi olarak düzenlendi. Bu o şekilde tasarladık. *İmdonatı/Dolap/Televizyonlar Giysi Dolabının Üstüne Monte* Odalarda ses alarmı, hasta bağırdığı zaman hemşire ünitesinden onu duyabiliyorlar. Yani ışık yanıyor, fark edebiliyorlar. Bu da hastaların kontrollerini kolaylaştırdı. *Güvenlik/Donatı/Sese Karşı Uyarı Alarmı/Hasta Yatak Odaları* Çünkü yatakların başına alarm koymuş olsak da bizim hastalarımız o komutu algılayıp uygulayabilecek kapasitede değil. *güvenlik/donatı/hemşire çağrı butonu/her odada yatak başlarında*

D.Ş.: Aslında sonrasında soracaktım ama yeri gelmişken sormak istiyorum bunu. Seramiklerde işte mesela hastanın halüsinasyon görme eğilimi var demiştiniz. Şimdi seramiklerde aslında derz aralıkları var. Mesela bu onları rahatsız ediyor mu şimdi desenli bir şeyde takılıyorlar.

SP06: Ama derzler düz renk. Hepsi düz renk.

D.Ş.: Evet. Aynen, onları...

SP06: Onları o kadar onlara hiçbir etkisi yok. Yerdeki seramikler de anti bakteriyel, kaymaz seramik. *İmkk/Malz./Zemin/Seramik*

İmkk/Malz./Seramik/Kaydırmaz Kullanılmalı

İmkk/Malz./Zemin/Seramik/Antibakteriyel

Onu da özel olarak ben getirtirdim. O antibakteriyel kaymaz seramik onların rahat bir şekilde ortamda dolaşmalarını sağlıyor. Hiçbir yerde halı kilim vs. ev tipi objeler koymadık. *İmkk/Zemin/Halı/Kullanılmamalı* Bunu bazen sosyal bakımla ilgili kişiler eleştiriyor. Eve benzemiyor, hastane gibi olcaz diye. Biz ev unsurunu perdelerle yaptık. Kullandığımız yatak örtüleriyle yaptık. *İmdonatı/Mobilya/"Ev Gibi"/Perde-Koltuk-Kanepe Vb./Sıcaklık Hissi* Çünkü, yerde herhangi bir obje, ciddi bir bakteri kaynağı demek, takılabilmek demek, düşebilmek demek, risk demek, biz bunu kesinlikle kabul etmiyoruz.

D.Ş.: Peki renklerden biraz bahsedecek olursak. Bu hastaların hani belli bir renklere eğilimi oluyor mu parlak mat pastel tonlarına?

SP06: Pastel. Pastel, açık renkler tercih ediliyor. *İmkk/Renk/Pastel Tonlar*

İmkk/Renk/Açık Tonlar Zaten binanın içinde görmüşsünüzdür tüm renkleri pastel açık renkleri. Kapı renkleri de aynı şekilde çok açık renkleri kullandık. *İmkk/Renk/Kapılar/Açık Renk* Akçaağaç bir kaplama, tamamen MDF bir şeyimiz var, lamine kapılarımız var. *İmkk/Malz./Kapılar/Ahşap Kapı, Mdf Üstü Akçaağaç Kapl.* Çünkü hastalarımızın, yani keskin renklerle ilgili, ciddi ajitasyon riskleri var.

D.Ş.: Kontrast renklerle mi alakalı peki?

SP06: Kontrast renkleri sevmiyorlar. *İmkk/Renk/Kontrast Renk/ Kullanılmamalı*

D.Ş.: Sevmiyorlar. Peki renklerle yönlendirmeyi denediniz mi? Yani mesela bir ıslak hacmi daha görünür, daha kolay fark edilebilir olması için onun kapısını farklı renge boyamak, görsel sınırları tetiklemek...

SP06: Şimdi bizim hastalarımız ilerleyen bir hastalık. Statik bir hastalık değil, dinamik bir hastalık. Ve erken evrede hastaları renklerle yönlendirme işe yarıyor, *İmkk/Renk Ve İşaret Kullanımı/Yer-Yön Bulma Üzerindeki Etkisi/İlk Evredeki Hastalar İçin(+)* orta evrede bir hastada ajite ediyor.

D.Ş.: Rahatsız oluyorlar mı?

SP06: Ajite ediyor. O yüzden o kontrast şeyi ters gelir, o odaya girmemeyi, o mekâna girmemeyi tercih ediyorlar. İmkk/Renk/Kontrast Renk/Ajite Edebiliyor Şimdi bizim de her evrede hastamız var. Dolayısıyla biz ileri evreye göre her şeyi dikkate aldık.

D.Ş.: Bunları evre evre ayırmak mümkün olabilir mi peki? Yani bir katta birinci evre, bir katta orta evre gibi?

SP06: Şimdi bu işletme açısından çok büyük bir yük. Çünkü zaten bu hastalıkta kurumun işletmesi ve mali portföyü çok var. Yani şu anda bir hastamın, bir kuruma maliyeti, minimum gideri 4 bin lira. Hangi emekli maaşı 4 bin lira? Kaç kişi bu parayı ödeyebiliyor.

D.Ş.: Yani ülkemizde şartlar ne yazık ki...

SP06: O yüzden her zaman işletmeyi düşünmek zorundayız. Yani uygulanabilir bir model olmak zorunda, sürdürülebilir bir şey olmak zorunda.

D.Ş.: Peki Alzheimer hastaları için en uygun ve yararlı olan aktiviteler hangileri oluyor ve bu aktiviteleri gerçekleştirmek için ne tür mekânsal gereksinimleriniz, ihtiyaçlarınız oluyor?

SP06: En çok sporu seviyorlar. Müziği seviyorlar. Sanatsal aktiviteleri seviyorlar. Etkinlik/Müzik-Enstrüman Biz de onların hepsi için geniş alanlar yapıyoruz. Onlara egzersiz yaptırıyoruz. Sportif aktiviteler yaptırıyoruz. Etkinlik/Fiziksel Aktiviteler/Spor Yatalak hastaları yatak içi fizik tedavi aktiviteleri yaptırıyoruz. Zaten kurumda bir daimî psikoloğumuz Personel/Psikolog ve daimî fizyoterapistimiz var. Personel/Fizyoterapist Onlar devamlı olarak bu hastaların ihtiyaçlarını görüp, planlamaları var ve düzenli olarak aktivite yaptırıyorlar. Ama genellikle bu gibi kurumlara hep ileri evre hastalar geliyor. Ve ileri evre hastaları da daha çok bakım hizmeti veriyorsunuz. Yani kimse iletişim kurabildiği ve erken ya da orta evredeki annesini ya da babasını kuruma nakletmek konusunda çok istekli olmuyor. Çünkü üzerlerinde çok ciddi bir mahalle baskısı var. O mahalle baskısı ancak diyorlar ki beni unutsun. Nerede olduğunu fark edemeyecek hale gelsin, ondan sonra bu kuruma yatırayım.

D.Ş.: Toplumumuzun görüşünden ötürü.

SP06: Evet. O yüzden yani dünyadaki yani, örnekler gibi değil. Türkiye'deki huzurevleri gibi de değil. Çünkü huzurevleri tanım olarak kendi ihtiyacını gören insanların kaldığı mekânlar. Oysa bizim, kurumlarımız tamamen ihtiyaçları konusunda bir başkasının desteğine de ihtiyaç duran insanlardan oluşuyor. O yüzden burada daha çok bize gelenler orta ve ileri evre hastalar. Onlar için yaptırabildiğimiz

en önemli şey, düzenli egzersiz, müzik... ve daha çok temel iş uğraşı aktiviteleri. İşte boyamalar yapılıyor. Etkinlik/Atölye/Resim Kille uğraşıyorlar. Etkinlik/Atölye/Kil Şekillendirme Bahçeyle uğraşıyorlar falan gibi...Etkinlik/Bahçe/Bostan-Hobi Bahçesi D.Ş.: Peki Alzheimer bakım merkezlerindeki mahallerin, dış mekânla görsel iletişimin, ne yönde olmalı ve bunların hastaların üzerinde olumlu, olumsuz etkileri var mı? Yani belki bir pencere mi yoksa direkt dışarıya açılması mı?

SP06: Şimdi bi kere asla bir psikiyatrinin kapalı servisi gibi böyle korkuluklar, bariyerler olan bir yer olmamalı. Çünkü bu engellenme duygusu hastaları olumsuz etkiliyor. Güvenlik/Görünür Önlem/Parmaklık (-) Yani bu iyi bir şey değil. Ama dış mekândan, güneşten, çok iyi yararlanmaları lâzım... Ama bir diğer yandan baktığınızda da mesela hasta odası diyelim ki yakındaki bi apartmana bakıyorsa, bu sorun çünkü bizim hastalarımız odada çıplak da dolaşabilirler çünkü yani onu algılayamazlar ve bu başka bir anlamda sorun teşkil edebilir. O yüzden o aradaki hassas çizgiyi iyi kurmak lazım. Biz camlarımızı filmli yaptık. Koridor camlarımız filmli. Filmli camlar koyduk. Güvenlik/Pencereler/Filmli Cam/Mahremiyeti Korumak Amacıyla Balkonlarımıza da katlanır cam koyarak ikinci bariyer yaratmış olduk. Mek.Nit./Balkon/Katlanır Cam (Güvenlik Önlemi) Doğal olarak. Ve 24 saat kamera kontrol sistemiyle de bunu dikkate alıyoruz, Güvenlik/İzlenimci Önlem/Kamera (+) ama her halükârda bizim bütün odalarımızın bahçemize bakıyor olması bizi bu anlamdaki risklerden bertaraf ediyor. Mek.Nit./İç Mekân-Dış Mekân İlişkisi/Hasta Odaları/Pencereler/Bahçeye Bakıyor

D.Ş.: Hem de hasta üzerinde bunun teröpatik bir etkisi pozitif yönde oluyor.

SP06: Yani bahçedeki etkinlikleri gördüğünde yani balkonda oturan tekerlekli sandalyedeki bir hasta bile olumlu etkileniyor. Mek.Org./Bahçe/Teröpatik Etkisi (+) Etkinlik/Bahçe/Etkinlikleri Dışarıda Yapmak

D.Ş.: Aslında onu da sormak istiyordum. Acaba bahçede ne tip etkinlikler yapılabilir?

SP06: Teröpatik Garden dediğimiz aktiviteler yapıyoruz ama. Şöyle ilginç bir şey var. Ben bu binayı tasarlarken bahçede bizim hastaların vakit geçireceklerini, Etkinlik/Bahçe/Doğayla İçiçe Olmak çok fazla ekim biçim yapacaklarını, hatta kış bahçesi de yaptık sera gibi, Mek.Org./Kış Bahçesi Olmalı orada da çok vakit geçireceklerini ve çok ilgileneceklerini düşünüyordum. Etkinlik/Bahçe/Bostan-Hobi Bahçesi Ama öyle olmadı. Yani boyamaları, boyama yapmayı, çizgi çizmeyi daha çok sevdiler. Bahçeye indirdiğimizde daha çok bahçede oturup çay içmeyi seviyorlar, sohbet etmeyi seviyorlar. Etkinlik/Bahçe/Yemek-İçmek Ama eline bir şey alıp da

bahçeyle ilgilenen hasta sayısı o kadar az ki. Sevmiyorlar. Neden bilmiyorum ama sevmiyorlar. Sıkılmışlar. Sıkılmışlar yani, bahçeyle uğraşmak onlara ilginç gelmiyor. Domates toplamayı bile sevmiyorlar. İlginç.

D.Ş.: Farkında oluyorlar mı peki bahçedeki yer, o domates?

SP06: Oluyor. Onun domates olduğunu çok iyi biliyor. Bizim aktif yaşlanmaya gelenler, sağlıklılar seviyor bahçeyle uğraşmayı. Ama Alzheimer hastaları sevmiyor. İlginç bir şey, ki yerden yüksek bahçe, pahları yaptık o kadar uğraştık, yolları ona göre tasarladık, her yer im. Mek.Org./Bahçe/Spor Alanı/Yürüyüş Yolu Oturabiliyorlar. Her şeyi yapabiliyorlar. Ciddi ekim alanımız var yani, her türlü sebze ektik. Ama sevmiyorlar. Etkinlik/Bahçe/Bostan-Hobi Bahçesi

D.Ş.: Peki iekle bitki arasında, yani meyveyi sev...

SP06: Onları da sevmiyorlar.

D.Ş.: Evet ilginç gerçekten. Peki hastaların, hasta yakınlarının, şimdi burası yakın olduğu için hasta yakınları bayramda ziyaret falan etmek istiyorlardır. Görüşebilecekleri,

SP06: Her gün.

D.Ş.: Ayrı bir yer var mı?

SP06: Var aşağıdaki görüşme odasında. Birinci kattaki bahçe katında, dinlenme odası yazan kapıda, orası görüşme odası. Mek.Org/ Görüşme Odaları/Hasta-Hasta Yakını Görüşme Odası/Var. Orada hasta yakınları hastalarını aldıkları zaman aşağı indiriyorlar. Orada onlara her türlü çay, kahve, ikram, dergi, gazete her şey var. Oarda hastalarıyla birlikte vakit geçiriyorlar. Bahçeyi istedikleri gibi kullanabiliyorlar. Hafta içi veya hafta sonu fark etmez. Akşam saatleri tabi ki izin vermiyoruz. Belli bir saatten sonra ziyaretleri kısıtlıyoruz. Saat 9'a kadar gelebiliyorlar. Ve bu ziyaret saatlerinde hastalarıyla aşağıda ayrı bir görüşme odaları var ve görüşüyorlar.

D.Ş.: Peki bir de yönetmeliğe dair sorum olacaktı. Şimdi Alzheimer bakımevlerine, merkezlerine yönelik bir yönetmelik yok şu an. Olsaydı sizce ne tip eksiklikler var, neler olmalıydı hani...

SP06: Çok fazla, o çok uzun bir soru buna çok cevap vermeyeceğim. Ama mevcut yönetmeliği tamamen Ankara'da durup, kafadan hazırlamışlar. Ve biz, bunun çok fazlasını yaptık. Yani mevcut yönetmelikte olup bizde olmayan hiçbir şey yok. Biz fazlasını yaptık mevcut yönetmelik bize müze yap demiyor, biz müze de yaptık. Mevcut yönetmelik bize akvaryum köşesi yap demiyor, biz onu da yaptık.

İmdonatı/Aksesuar/Akvaryum Köşesi. Mevcut yönetmelik binanın içerisinde terzi odası olsun demiyor, biz onu da yaptık. Mek.Org./ Terzi Odası

D.Ş.: Evet.

SP06: Kuaför salonu demiyor, biz onu da yaptık. Mek.Org./Kuaför Mevcut yönetmelik size, ayrı uğraş alanları olsun demiyor, biz onu da yaptık. Ee, ama mevcut yönetmelik illa dikey binalar, ayrı ayrı odalar diyor. Hiçbir anlamı yok. Mevcut yönetmelik asla bir kurumda sağlık çalışanını gerekli kılmıyor. Personel için, fizyoterapisti gerekli kılmıyor. Psikoloğu gerekli kılmıyor. Sadece hemşireniz olsun bir tane kâğıt üzerinde yeterli diyor. Oysaki bizim hastalarımızın 24 saat nöbetçi hemşire sistemiyle denetlediğimiz halde, doktorumuz olduğu halde yetişemiyorlar. Ben ikinci doktor olarak devreye giriyorum. Yani mevcut yönetmeliğin ciddi eksikleri var. Ve biz bunları adım adım, tane tane bakanlığa anlatıp düzelttirmeye çalışıyoruz.

Umarım başarabiliriz. Yönetmelik/Mevcut Yönetmeliğin Ciddi Eksiklikleri Var

D.Ş.: Umarım. Peki aydınlık düzeyinden biraz bahsedebilir misiniz? Ne tip ışık? Doğal ışıktan mı hoşlanıyorlar yoksa yapay aydınlatmadan mı? Yapay aydınlatma kullanmak zorunda olduğumuz durumda yani akşamları...

SP06: Yapay aydınlatma kullandığımızda kesinlikle beyaz ışık. Kesinlikle indirekt aydınlatmaları çok seviyorlar. İmkk/Ayd. Karak./Dolaylı Işık Kaynağı E11, LED'lerimiz var İmkk/Ayd.Karak./Led Aydınlatma ama LED'lerimiz tavan lambalarımız, görmüşsündür belki, tamam... Böyle değil, bakın benim odamdaki gri renkte görünüyor, böyle değil, düz. Neden, çünkü hem kaplama olmasın hem doğru aydınlatma olsun hem de toz bakteri biriktirmesin. Banyolarımız çok özel. Banyolarımızda hastalarımızın her hasta odasında banyomuz var. Geniş, tamamen engelli, tekerlekli sandalye içerde dönebilecek kadar geniş bir banyomuz var. Duşa kabinlerimiz var. Klozetlerimizin yüksekliği ve özellikleri engelli standartlarındadır. Mek.Org./Banyolar/Engelli Standartlarına Uygun Düzenleme Ayrıca da yataklak hastalarımızı sedyeye alıp, liftimiz var hasta taşıma liftimiz, o liftle sedyeye alıyoruz. Sedyeye banyoya alıyoruz. Ve banyoda şeyin üzerinde, sedyenin üzerinde yıkıyoruz. Hasta banyolar, orada dezenfekte havuzlarımız var. Dezenfekte havuzuna giriyor önce çıkan giysiler, orda dezenfekte ediliyor. Mek.Org./Hasta Banyoları/Dezenfekte Havuzu Bulunmakta Daha sonra normal çamaşır odalarına gidiliyor. Endüstriyel çamaşır makinalarımız ve çamaşır odalarımız var. Mek. Org./ Çamaşır Odası O çamaşır, endüstriyel çamaşır makinalarımızda günlük onlar yıkanıyor. Yani herhangi bir çamaşır, dışarıya gidip bir fabrikada yıkanıp gelmiyor. İmdonatı/Çamaşır Odası/

Endüstriyel Çamaşır Mak. Bulunmakta Çünkü bu ciddi bir risk bu hastalar için. Hemen orda dezenfekte sisteminden geçtikten sonra yıkanıyor. Endüstriyel ütülerimiz var. O ütülerden hızlı bir şekilde geçerek, yapıyor. İmdonatı/Çamaşır Odası/ Endüstriyel Ütü Bulunmakta Mesela bu hastaların kıyafetlerinin etiketlenmesi bile ayrı bir sistem. Bunu hiçbir yerde yazılı yok. Biz onu geliştirene kadar hayatımız kaydı. Hem üst üste birbirine girdi. Oda ismi koyduk olmadı. Hasta baş ismi koyduk olmadı. Etiketlendirmeye özel bir sistem geliştirdik. Yani doğruyu bulana kadar bayağı bir zorlandık.

D.Ş.: Deneyimlerinizle oldu bu. Ee, peki iklimlendirme özelliklerinden biraz bahsedecek olursak, tabi Mersin çok sıcak bir şehir.

SP06: Her yer için gerekiyor. Çift kanal VRF iklimlendirme klima sistemimiz var. İmkk/İklimlendirme/Vrf İklimlendirme Sistemi Bu çift kanal VRF iklimlendirme yetmediği halde biz binayı önce bi havalandırma sistemi koydurduk. İmkk/İklim./Soğutma-Isıtma/Klima Ayrı bir havalandırma sistemimiz de var. Bu iki sisteme rağmen geniş camlarımızla düzenli havalandırıyoruz ayrıca dış ortam havasını da alıyoruz. İmkk/İklim./Havalandırma/Cam Açmak Ayrıca kaloriferlerimiz var, kışın da kaloriferle ısıtıyoruz hastalarımızı. İmkk/İklim./Isıtma/Kalorifer Klimaların o mahali ısıtma için de kullanabiliriz. O genelde böyle kullanılır ama biz klimaların ortam havasını kurutmasını ve bunun hastalardaki üst solunum semptomlarının artırmasını istemediğimiz için, nemlendirme yönünden dikkat ediyoruz ve ayrıca kışın kalorifer kullanıyoruz. Eee.

D.Ş.: Yerden ısıtmayı neden tercih etmediniz peki?

SP06: Hı?

D.Ş.: Yerden ısıtmayı?

SP06: Yerden ısıtma Mersin için uygulanamaz bir şey. Çünkü bir yere seramik koyuyorsunuz. Seramiği yerden ısıtırsanız büyük bir enerji kaybedersiniz.

D.Ş.: Evet.

SP06: Yani enerji sarfıyatı olur.

D.Ş.: Peki eıı, yemek yedikleri alandan biraz bahsetmek istiyorum ben size. Fuaye alanında yani gün içerisinde oturup televizyon izledikleri alanda yemeklerini yiyorlar aynı zamanda. Bunu ayırmamanızın özel bir sebebi var mı?

SP06: Var tabi şimdi. Çünkü bir kere ait oldukları yerden ayrılmaz bizim hastalarımız. ‘Burası yemek odası, sen gel burada yemek ye, gelmezler. Oturma alanında yerler. Yani evlerimizde oturma odalarında yemek yiyorlar. Salonlarına geçip yemek

yemiyorlar. *Mek.Org./Yemek Yeme Alanı/Fuaye Alanında,Tv İzledikleri Yerde Yiyorlar*

D.Ş.: Anladım.

SP06: Yani mutfığa yakın olması, mutfığın uygulanabilir olması, bir de sonuçta personel kullanıyorsunuz her sefer. Yani bir daha ayrı yemek personeli, ayrı yemek odası, çok amaçlı salon gibi kullanıyoruz biz o alanları. Ha, iyi durumda olan hastalar gün içerisinde aşağıda yemekhanemiz var biliyorsunuz 30 kişilik çok büyük bir yemekhanemiz var. O yemekhaneye de inip, yiyebiliyorlar. *Mek.Org./Personel Yemekhane* Ama çoğunlukla katlarda yiyorlar.

D.Ş.: Katlarda, hep birlikte. Tabak, normal...

SP06: Porselen tabak kullanıyoruz. *İmdonatı/ Yemekhane/ Yemek Takımı/ Porselen Tabaklar* Kesinlikle tabldot tepsileri kullanmıyoruz. O porselen tabakları özellikle, mesela çiçekli falan böyle evlerden de getirdik birçok tabak. Öyle de kullanıyoruz. Sadece düz tabakları kullanmıyoruz. Hani ev ortamını hissetsinler diye. *Mek. Nit./ Ev Ortamı Hissettirilmeli*

D.Ş.: Peki şey, daha... bu hastaların tanıdık eşyalarını, geçmişe ait onlara ait sevdikleri eşyaların getirmesinin ya da kullanmasının bellek takviyesinde ya da onların kişisel kimliğinde takviye konusunda...

SP06: Etkisi var tabi ama bizim toplumumuzda genel olarak ilginç bir şey yani çok bağlı oldukları eşya yok. Getirmiyor aileler. Biz diyoruz mesela sevdikleri bir yatak örtüsü varsa getirin, çok sevdiği bir koltuğu varsa getirebilirsiniz. Ya da ne bileyim sevdiği bir yastığı vesaire getirenler de oluyor ama yüzde 90 getirmiyorlar. *İmdonatı/Mobilya/Kişisel Mobilya/Bellek Korumaya Etkisi Olumlu*

D.Ş.: Ama bunun belleğe yardımı olduğu konusunda bir çalışmalar var yani...

SP06: Tabi ki. Odalarda fotoğraflar var dikkat ederseniz. Odalarında fotoğrafları var. Kendilerine ait fotoğrafları, aile bireylerine ait fotoğrafları, sevdikleri fotoğraflar onları asıyoruz. Yani ascak... *İmdonatı/Aksesuar/Hasta Üzerindeki Etkisi/Bellek Yardımına Etkisi Var*

İmdonatı/Aksesuar/Oda İçerisinde Fotoğraf Albümleri Bulundurulmalı

D.Ş.: Peki son olarak, güvenlik konusuna değinecek olursak. Hastaların ihtiyaçları ya da depolama alanları ya da kimyasal madde için bunlar mevcut. Sanırım merkezde.

SP06: Yani ilaç dolaplarını özel tasarlattım ben. *İmdonatı/İlaç Dolapları*

D.Ş.: Evet. Bahsettiler.

SP06: Onları görmem gerekiyor. Ayrıca aşağıdaki hasta günlük gelen hasta katında da ilaç dolabımız var ona da bakabilirdin. Birebir aynısı.

D.Ş.: Yo, o taraf... H11. Yok o soruyu da atladık o zaman. İlaç odasını görmedim.

SP06: İlaç dolabı.

D.Ş.: Özel olarak bir şey yapılmış, ondan bahsettiler.

SP06: Özel bir dolap yaptırdım ben.

D.Ş.: Evet bahsettiler.

SP06: Yani bu dolabı ihtiyaçlarımıza göre yapıldı... onu göreceksin neye benzediğini.

D.Ş.: Göremedim ne yazık ki. Neyse ben Didem Hanım'dan isterim fotoğrafını bana gönderir birazdan. Ben ona mail attım bazı şeyleri istedim, onları bana iletecek kendisi...

SP06: Tamam. İlaç dolaplarının fotoğrafını sana göndersin. Güvenlik çok önemli. Alarm sistemleri merkezi mesela yönetmelik bize demiyor ki VRF şey merkezi sprinklerle yangın sistemi koyacaksınız demiyor. Ama biz merkezi yangın söndürme koyduk. Çok büyük bir maliyet bu. Yani bunun ne kadar pahalı bir şey olduğu hakkında bir fikriniz var mı bilmiyorum, çok pahalı bir şey. Ama ben kendim birtakım çözümler buldum, onları kapanmış bir avmden, pompalarını İstanbul'dan getirttirdim falan filan. Çok makul bir fiyata getirttirdim. Ve merkezi yangın sistemimiz var. Güvenlik/Yangın Önlenimleri/Merkezi Yangın Sistemi Var Odalarda ses alarmımız var. Güvenlik/Donatı/Sese Karşı Uyarı Alarmı/Hasta Yatak Odaları Güvenlik için dediğim gibi bariyerli kameralarla kontrol sistemimiz var. Güvenlik/İzlenimci Önlem/Kamera (+). Tamam. Ve ilaçlar kesinlikle ortada bırakılmıyor. Depo odalarımız var. Depo odalarında fazla kıyafetlerini hastaların fazla giysilerini, dolap, onu tuttuğumuz alanlarımız var. Yani yataklarının altında şeyleri bavulları ya da ayakkabıları şunlar bunlar durmuyor. Mek.Org./Depo Olmalı Bunların hepsi enfeksiyon kaynağı. O yüzden depo odalarımız var. O depo odalarda hastaların isimleriyle onları depoluyoruz. İlaçları dediğim gibi ayrı tutuyoruz. Müşahede odamız var. Müşahede odamız ayrıca şeyli, ne derler, en hastaların mesela enfeksiyonlu olduğunda ya da ateşli bir durumda olduğunda, gözetim altında olması için diğer hastayı enfekte etmemesi için tuttuğumuz alanlar. Acil Müdahale/Müşaade Odası/Her Katta Var Oralarda sıhhi malzemeleri tuttuğumuz kilitli dolaplarımız var. Kesinlikle ortalıkta bunların olmaması gerekiyor.

D.Ş.: Peki... şey...

SP06: Deterjanların tutulduğu odalar ayrı. Temizlik odaları, çamaşır odaları... hiçbirine hastalar giremiyor. Güvenlik/İlaçlar, Temizlik Malz., Tehlikeli Mad. Ayrı Depolanıyor

D.Ş.: Evet. Kameralar peki hastaların üzerinde bir etkisi oluyor mu?

SP06: Kameraı görmüyorlar ki.

D.Ş.: Fark etmiyorlar. Algılayamıyorlar tabi ki.

SP06: Kameraı onlar fark etmiyor.

D.Ş.: Aklıma gelmişken bir şey daha sormak istiyorum. Odaların kapısında fotoğrafları vardı hastaların.

SP06: Evet.

D.Ş.: Peki bunun yardımı oluyor mu onlara odalarını bulma açısından?

SP06: Çok faydası oluyor. Çok faydası oluyor. Kendi odalarını hemen tanıyorlar. İmkk/Malz./Kapılar/Aksesuar/Kapı Üstünde Fotoğrafları Asılı

D.Ş.: Hı hı. Tamam. Benim şu an size hızlıca soracaklarım bu kadardı. Teşekkür ederim.

SP06: Yani burada mimari çok önemli. Mesela koltukları seçerken onu söylemediniz. Bütün koltuklar deri.

D.Ş.: Evet.

SP06: Tüm koltuklar deri silinebilir özellikte. İmdonatı/Sandalye-Koltuk/Malz./Deri İmdonatı/Sandalye-Koltuk/Malz./Kumaş/Silinebilir Köşeleri künt, astar, keskin değil. İmdonatı/Mobilya/Köşeleri Yuvarlatılmış Olmalı E11 sandalyelerin hepsi ahşap veya deri, silinebilir özellikte. Masaların hepsi lamine, silinebilir özellikte. İmdonatı/Masa/Silinebilir Özellikte

D.Ş.: Temizlik açısından kolaylık sağlaması için.

SP06: Evet. Ve iç mekânda kullanılan tüm objeler silinebilir özellikte. Dekoratif unsurları çok sınırlı tuttuk. Çok fazla çiçek böcek, incik boncuk iç mekânlarda hasta katlarında tutmuyoruz. Çünkü bunların hepsi enfeksiyon kaynağı ve risk. İmdonatı/Aksesuar/Süs-Çiçek, Dekoratif Öğe/ Çok Fazla Sayıda Olması Tercih Edilmez

D.Ş.: Tehlike oluşturabiliyor.

SP06: Yani en basitini sana söyleyeyim. Yönetmelik bana diyor ki yangın tüpü koridorda duracak.

D.Ş.: Yangın dolabınız vardı.

SP06: Yangın dolabımız var merkezi yangın söndürme ünitemiz de var.
Güvenlik/Yangın Önlenimleri/Yangın Dolabı Buna rağmen diyo ki yangın tüpü ortada duracak. Benim hastam o yangın tüpünü alıp diğer hastanın kafasına vuruyor. Naapmalıyım?

D.Ş.: Evet. Bu da yönetmeliğin...

SP06: Naapmalıyım? Yangın tüplerini yangın merdivenlerinin başında tutuyorum.
Güvenlik/Yangın Çıkışı Diyor ki yangın merdivenlerinin önünde hiçbir şey olmayacak, açık olacak. Tamam ben de yangın merdivenlerini kilitlemiyorum kilitlenmesini tabi ki doğru bulmuyorum. Ama yangın merdivenlerim açık olduğu zaman hasta oradan iniyor aşağıya. Kaçıp gidiyor. Önüne koltuk çekiyorum devamlı. İkili üçlü koltukları çekiyorum.

D.Ş.: Alarm takılmış sanırım ondan bahsettiler.

SP06: Aynen.

D.Ş.: Dokunduklarında, açıldıklarında.

SP06: Açıldıklarında da ayrıca alarmım var. O koltuğu çekerse diye.
Güvenlik/Kapılar/Alarm Takılı

D.Ş.: Evet.

SP06: Ama daha ötesini yapamam. Tamamen açık bırakamam. Camlarda güvenlik kilidim var. Tüm camlarda güvenlik kilidim var. Bunu da yönetmelik bana koy demiyor. *Güvenlik/ Pencere-Kapı/ Çocuk Kilidi*

D.Ş.: Ama koymamız gerekiyor çünkü farkına varamıyorlar. Derinlik algılarını da kaybediyor sanırım bu hastalar belli bir süre sonra.

SP06: Aynen öyle.

D.Ş.: Atıyorum tek bir basamak bile, belki fark edemiyor.

SP06: Yapamazlar. Yapamazlar yani o kadar zor ki. Yani bir yerde kısıtlamak zorundasınız.

D.Ş.: evet.

SP06: Hani evre evre yapabilme lüksünüz yok. Kadını var bunun erkeği var. Huyuna göre var.

D.Ş.: Hepsinin de farklı özellikte değişiyor.

SP06: Eğitime göre var.

D.Ş.: Peki yurtdışında gördüğünüz örneklerde, ekstrem bir durum var mıydı bizimkinden farklı?

SP06: Şimdi yurtdışındaki genel örneklerde, en iyi örnek Hollanda'daki Hogeweyk Alzheimer köyü.

D.Ş.: Onu inceledim zaten.

SP06: Ee, Alzheimer köyüne göre bizim standartlarımız daha iyi. Çok net söylüyorum bunu. Biz ondan daha iyisini yaptık. Neden daha iyisini yaptık? Alzheimer köyünün artısı, düz bir tesis. İkinci katı çok iyi durumdaki insanlara veriyorlar. Ee, evet tek kişilik odalar, o da güzel. Ama insanlar kendi işini kendi yapıyor. Siz Türkiye'de 80 yaşındaki kimseye 'Git suyunu kendin al.' dediğiniz zaman hakarete uğrarsınız. Kültürel özellikler işe gidiyor. Orada toplumdaki kastlar merkezlere de yansıyor. Düşük gelirli. Düşük gelirliye göre bir odalarda kalıyor, yüksek gelirli yüksek gelirliye göre odalarda kalıyor. Şimdi biz burada öyle bir şey yapsak, büyük bir tepki alırız. Yani toplumun yapısına göre yansıyor. Ve orada erken evrede insanlar rahatlıkla gelip kuruma yerleşiyor.

D.Ş.: Öyle bir önyargı da yok çünkü bu tip kurumlara karşı. Ben incelemiştim sadece fotoğraflarına baktığımda, orda dekoratif objelerin de kullanıldığını görmüştüm bir lambader olsun... hani...

SP06: Tamam ama onlar erken evre.

D.Ş.: Evet. Daha ev ortamı vardı.

SP06: Ve insanlar düşünün ki 155 tane yaşlı var Alzheimer köyünde, saat 5'ten sonra bütün tesiste iki tane personel kalıyor

D.Ş.: Gidiyorlar.

SP06: İki personel. Ben gece altı hastaya bir bakım personeli tutuyorum. Her kata bir hemşire tutuyorum. Ayrıca bir tane güvenlik görevlisi tutuyorum ve yetişemiyorum, nasıl?

D.Ş.: Evet. Neden bu kadar farklı...

SP06: Çünkü biz kendi işimizi kendimiz yapmaya alışkın bir toplum değiliz ve hasta yakınlarının beklenti çok fazla. Evde bahaneleri banyoya giderken düşebilir, bu çok normal. Ama kurumda düştüğü zaman kıyamet fırlıyor.

D.Ş.: Evet.

SP06: Bir hasta diğer hasta odasına girebiliyor. Kendi odası zannedebiliyor. Ne bileyim, bir itişme kakışma olabiliyor. Personel yanına gidinceye kadar diyelim ki birbirini ufak tefek itelediler kakaladılar büyük bir problem.

D.Ş.: Aynı şeyler orda da olmuyor mu? Yani acaba onların hastalarında...

SP06: Oluyor ama normal karşılanıyor. Ona bakarsanız alzheimer hastası tekrar söylüyorum akşam 5'ten sabah 8'e kadar kimse yok. Yani çişini yapıyor altında kalıyor, kakasını yapıyor altında kalıyor.

D.Ş.: Evet.

SP06: Okey? Gidip koridorda uyuyabilir sabaha kadar, orada kalabilir. Mutfığa gelebilir. Çekmeceden çatal alıp arkadaşına vurabilir. Hepsi müsait. Ama orada sorun olmuyor, bizde olur. Bizim mutfığımız kilitli. *Güvenlik/Kapılar/Mutfak Kapısı/ Kilitli Tutuluyor*

D.Ş.: Evet güvenlik önlemleri çok üst safhada zaten bizde. İlginç işte bu da toplumsal fark olarak ortaya çıkıyor.

SP06: Yani buna rağmen olabiliyor.

D.Ş.: Hı hı, ne yazık ki. Zor bir şey çok zor bir şey...

D.Ş.: Ben sonlandırıyorum. Çok teşekkür ederim vakit ayırdığınız için.

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Dilek ŞAHİN
Doğum Tarihi ve Yeri : 29.08.1990 / Düzce
E-posta : ddilekshn@gmail.com

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2008, Hacettepe Üniversitesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı

MESLEKİ DENEYİM:

- 2013-2015 yılları arasında Ankara’da Tümer-Onaran İçmimarlık firmasında içmimar olarak çalıştı.
- 2015-2016 yılları arasında Tabouret Design’da Sağlık Bakanlığı Hizmet Binası, Ankara Entegre Sağlık Kampüsü Mersin Entegre Sağlık Kampüsü projelerinde görev aldı.
- 2017-2019 yılları arasında DGD Design’da iç mimar olarak görev alıp birçok konut, satış ofisi projesinde ve İstanbul Havalimanı spa merkezi konsept dizayn projesinde yer aldı.