

AVRUPA VE DÜNYADA GÜNDÜZ BAKIM EVLERİ

Uzm. Dr. Sumru Savaş

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bölümü

Dünyada ve ülkemizde doğum oranlarının düşmesi, erken ölümlerin önlenmesi gibi nedenlerle yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Beklenen yaşam süreleri gelişmiş ülkelerde 80-85'lere ulaşmıştır. Amerika'daki 65 yaş ve üzeri popülasyonun 2030'da % 22'ye çıkacağı belirtilmektedir. Dünya'daki yaşlı sayısı 2000 yılında 600 milyon iken 2050'de 1,2 milyar olması beklenmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2009'da % 7 olarak tespit edilmiş ve ileriye yönelik projeksiyonlarda 2025'te % 10,7'lere ulaşacağı öngörülmektedir.

Yaşlanma ile bireyde çeşitli fizyolojik değişiklikler ile birlikte; kültürel, çevresel, fiziksel kayıplar da olmakta ve bağımlılıkları artmakta, ilerleyen yaş ile kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. İleri yaştaki kişilerde; fizyolojik rezervlerdeki azalma, nöropsikiyatrik değişiklikler, bakımlarının çok yönlü bakış açısı gerektirmesi, yeti yitimleri ile bağımsızlık ve fonksiyonel olmanın önem kazanması, aile ve ekonomik durumun sağlık bakımlarını ve durumlarını etkilemesi, yaşları ilerlerken farklı bakım kavşaklarından geçmeleri sebebiyle orta yaşa göre sorunlar çok daha kompleksdir.

İleri yaşta tedavi ve yaşamın uzatılması yanında; rahatlık, fonksiyon ve bağımsız yaşama daha fazla önem kazanmaktadır. Yaşlılardaki sağlık ihtiyaçları çeşitliliği, fonksiyonel yetersizlik, sosyal destek ve bakım hedefleri yüzünden; bu grup için profesyonel servisler çok çeşitli şekillerde sağlanmaktadır. Yaşlıların bakımında klinisyenler pek çok kurumdan faydalanır. Bunlar; yerel klinikler, hastaneler, rehabilitasyon birimleri, bakımevleri, hemşirelik hizmetleri, geropsikiyatri üniteleri, hospisler, evde bakım kurumlarıdır. *Kırılgan* bir yaşlı için bir hastalık döneminde bu kavşaklardan geçmek olağan bir durum olabilir. Kırılganlık, bakım gereksinimi ve yaşam beklentisinde belirleyicidir.

Yaşlılarda ekonomik kısıtlılıklar ve sosyal izolasyon sağlık durumlarını etkilemektedir. Yaşlanma ile ilaç, profesyonel servis ve kişisel yardım tutarları artmakta, gelirleri artmaktadır. Bazen yardım olmadan alış-veriş yapmak, hekim randevuları alıp gitmek imkansızlaşabilmektedir. Yaşlılarda zor bir durumun çözümünün anahtarı çoğunlukla sosyal hikayededir. Bu arada, yaşlıya bakmak, kadınların çalıştığı ailelerde gittikçe zorlaşmaktadır. Bu yönleriyle yaşlanma medikal olduğu kadar toplumsal açıdan da önem kazanmaktadır. Aile yapısının değişikliğe uğrayarak, geleneksel rollerin kaybı; yaşlı bireylerin bakım sorunlarının büyümesi sonucunu ortaya çıkaracaktır.

Artan yaşlı nüfusla birlikte; kronik hastalıkların, uzun dönemli bakım giderlerinin artması, aile desteğinin azalması; yeni hizmet sunum modellerini gündeme getirmiştir. Ev bakımı, gündüz bakımı gibi sağlık ve sosyal servislerin sağlanması gittikçe daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Buna katkıda bulunan nedenler; yaşlı nüfusun artışı, toplumda yaşayan fonksiyonel olarak yetersizliği olan yaşlıların artışı, huzurevi yatakları sayısında azalış ve çoğu yaşlının evinde bakım almayı veya evleri, aileleri ile bağlantılarını devam ettirerek bakım almayı tercih etmeleri ve ekonomik sebeplerdir.

Yaşlı hastanın bakımında hedefler; hastalıkları ve fonksiyonel yetersizlikleri önlemek ve yaşlanan bireylerin hayat kalitelerini artırmaktır. İlerleyen yaşla bu amaçlar ihtiyaca, bulunduğu sürece göre değişir. Yaşlanma sürecinde yaşlı; "Sağlıklı-aktif dönem", "Düşkünleşme dönemi" ve yaşlının toplum içinde, evinde veya çevresinde aktif hizmet sağlanmadığı sürece tek başına yaşamayı sürdürmediği "Hizmet-gereksinimi dönemi" aşamalarından geçer. Hizmet gereksinimi döneminde bakım anlamında daha profesyonel kişilerce aktif hizmet sağlanması gereklidir. Artan ciddiyete göre "Uzun süreli bakım hizmetleri": Aile bireyleri, yakınlar,

arkadaşlar tarafından verilen resmi olmayan bakım; gönüllü hizmetler; evde destek hizmetleri (yemek gibi); kişisel bakım; gündüz bakım merkezleri (GBM), yardım ile yaşam; evde sağlık bakımı; bakımevi; hospislerdir. Ancak bu grup çok heterojendir. Bu nedenle yaşlı bakımı planlamasında kronolojik yaştan ziyade yaşının bulunduğu süreç (yaşının fonksiyonel, fiziksel, mental, sosyal sağlık durumu değerlendirilerek), kişisel tercihleri, bakıcı ile ilgili faktörler, yaşının sosyal güvencesi ve ekonomik durumu, bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliği değerlendirilerek hareket edilmelidir.

Topluma Dayalı Uzun Süreli Bakım Programları

Yaşlı, kronik hastalıklı ve özürli nüfusun tedavi ve bakım masraflarının sağlık ve sosyal hizmet harcamaları içerisindeki payının artması, gelişmiş ülkelerin kurumsal ve yatılı düzenlemelerden; müracaatçı memnuniyetine dayalı, süreli, etkili ve düşük maliyetli sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine yönelmelerine neden olmaktadır. Müracaatçı odaklı *toplum temelli bakım* olarak adlandırılan, sosyal hizmet odaklı bu yaklaşım; bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamını kendi evinde sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu destek ve yardımları sunma ve sosyal işlevselliğini yerine getirebilmesi için çalışma, rekreasyon ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama amacına yönelik olup ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modelidir.

Gündüz bakım programları

Gündüzlü bakım çeşitli ihtiyaçları karşılamaya yöneliktir. Çoğu gündüzlü bakım programları; rekreasyonel ve kuvvetlendirme aktivitelerinin çeşitli kombinasyonlarını sağlarlar. Bu programlar, yaşlı kulüplerinin aksine sağlıklı yaşlılara değil, kısıtlı fonksiyonel kapasiteleri olan yaşlılara hizmet verir. Bazıları kognitif bozuklukları olan kişilere özel yapılanmıştır. Programlar; günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal hayatı destekleyen, ilerleme sağlamayı amaçlayan, denetim altında gerçekleştirilen aktivitelerden oluşur ve geçici bakım olanağı sağlarlar.

Diğer gündüz bakım modelleri çok daha geniş tıbbi içeriğe sahip olabilirler. Gelişmiş gün hastanelerinde, hastane servislerinin çoğunlukla tümü ambulatuvar olarak sağlanmaktadır; medikal bakım, tanı, rehabilitasyon, eğitim, kişisel terapi ve danışmanlık hizmeti verilir. Burada özellikle iş-ugraşı terapisi ve fizyoterapi şeklinde rehabilitasyona ağırlık verilir. Personel hasta oranı ve maliyetler yüksektir.

Gündüz sağlık merkezleri; gündüzlü bakımı hemşirelik, fizyoterapi ve sosyal çalışma ile kombine eden ara bir mo-

deldir. Fonksiyonların korunmasını sağlarlar. Personel hasta oranı düşüktür.

Gündüz Bakım Merkezleri

GBM; bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmelerini amaçlayan planlı etkinliklerin düzenlenmesini kapsayan, topluma dayalı bir bakım modelidir. Yaşının sosyal yönden desteklenmesini ve başkalarına bağımlı olmadan evinde yaşamasını hedefleyen süreli bakım hizmetlerini içerir. Gündüzlü merkezler, genellikle fonksiyonel kısıtlılıkları olan yaşlı bireylere tıbbi ve psikososyal bakım, serbest zaman aktiviteleri gibi geniş bir yelpazede hizmet eder. Bir merkez tek bir hizmete veya birden fazla hizmete odaklanabilir.

GBM programları genellikle sosyal veya tıbbi modele dayanmaktadır. Sosyal bakım modeli; daha çok sosyalleşme, kültürel, eğitim ve eğlence aktiviteleri yanında öğle yemeği, çay-kahve, ara öğün gibi hizmetler ve ulaşımı da kapsayan bir hizmet modelidir. Tıbbi model ise; sosyal bakım modelinin sunduğu tüm hizmetlere ek olarak tıbbi destek (sağlık izlemi, sağlık eğitimi), hemşirelik bakımı, kişisel bakım, aile danışmanlığı ve rehabilitasyon hizmetlerini de (fizik tedavi, konuşma, meşguliyet tedavisi vb) içerir.

Aktiviteler; yaşının duygusal yönden zenginleşmesine, sağlıklı kalmasına katkı sağlamakta, kişilerin ihtiyaçlarına odaklanma, onların deneyimlerinden faydalanma, yaşının psikolojik yönden desteklenmesi ve kendi yaşlıları ile birlikte vakit geçirme gibi olanaklar sağlamaktadır.

GBM amaçları, bireyin yaşam kalitesini zenginleştirmenin yanında yataklı bakım merkezlerine yerleştirilmeyi geciktirmek, bireyin olabildiğince kendi evinde kalması ve başkalarına daha az bağımlı olmasıdır. Bu merkezler, ailelere de onların kendilerine zaman ayıracakları fırsat sunmakta, bakıcılara yardımcı olmakta ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasındaki yüklerini hafifletmektedir.

Bu hizmetin yaygın olarak kullanıldığı ülkelerde kişiler ortalama haftanın 2-3 günü ve günde 4-5 saat civarında bu hizmetten yararlanmaktadır. Yararlanan yaşlılar genellikle sürekli bakım veren kişinin çalıştığı ve gündüz evinde yalnız kalmak zorunda olan yaşlı kişilerdir.

Gündüz bakım evlerinde verilen hizmetler: Fizik egzersiz, fonksiyonel aktiviteler, bilişsel stimulasyon, bir tanı veya fonksiyon bozukluğu için tasarlanmış gruplar (inme, artrit), sosyal faaliyetler, çeşitli oyunlar, müzik veya hatırlatma aktiviteleri, koruma ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aktivitelerdir.

Avrupa ve Dünyada Yaşlılara Yönelik Gündüz Bakım ve Destek Hizmetleri

Batı ülkelerinde yaşlının yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmayı amaçlayan gündüzlü bakım ve destek hizmetleri oldukça gelişmiştir. İngiltere ve Galler'de 65 yaşın üzerindeki insanların yaklaşık % 6'sı bu merkezlerin sundukları hizmetlerden yararlanmaktadır. Norveç'te yaşlı nüfusun yaklaşık beşte ikisi evde bakım ve destek hizmetlerinden bakım sigortası kapsamında yararlanmaktadır. İskandinav ülkelerinde nüfusun tamamı sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunmakla birlikte, bu nüfus grubunun yarısına yakını, sosyal bakım odaklı toplum temelli sosyal hizmetlerden yararlanmaktadır. Yaygın olarak bulunan gündüzlü merkezler aracılığı ile yaşlıların durumu yakından takip edilmekte, acil durumlarda yaşlının güvenliğinin sağlanması için gerekli önlemler alınmaktadır. Fransa'da ise sağlık hizmeti ve sosyal hizmet sunumları arasında koordinasyon eksikliği mevcuttur.

Nüfusun % 18'inin 60 yaş ve üzeri olduğu Malta'da 2020'de bu oranın % 20 olacağı belirtilmektedir. Avrupa'daki en yoğun nüfusa sahip olan Malta'da metrekareye 1265 kişi düşmektedir. Vergilerle karşılanan sağlık bakım servisleri Malta vatandaşı olan herkes için ücretsizdir. Toplam nüfusu 400,000 olan Malta'da mevcut 16 gündüz merkezinde; 1379 yaşlıya hizmet verilmektedir. Diğer Avrupa ülkelerine kıyasla sağlık bakım harcamaları daha yüksek olan Malta'da bu hizmetlerin gayrisafi millî hasılaya oranı 1998'den 2008'e; % 4.6'dan % 7.4'e çıkmıştır. Yaşlılara yönelik çeşitli servisler mevcuttur. Gündüz bakım merkezlerine başvurmak için kişinin 60 yaş üzeri olması gerekir, yalnız yaşayan, herhangi bir sosyal aktiviteye katılımı olmayan, riskli yaşlılara öncelik tanınır. Bu merkezlere yaşlılar sembolik bir ücret (ayda 2-5 Euro) ödemektedirler. Merkezin uygunluğuna göre transportasyon imkanları ve katılım günleri değişmektedir.

Evde bakım ve gündüzlü hizmetlerin oldukça ileri bir noktada olduğu Hollanda'da yatılı bakım hizmeti veren kurumlar gerek personel ve gerek diğer olanakların efektif kullanımı açısından yerleşmiş bir sisteme sahiptir. Yaşlı bakım kurumlarında günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde yerine getiremeyen ya da elde ettiği gelirle yeme, içme, tıbbi bakım, sosyal faaliyetlerden arzu ettiği düzeyde yararlanamayan yaşlılara tek odalar şeklinde düzenlenmiş korumalı meskenlerde bireysel bakım olanağı sunulmaktadır. Bu kurumların kafeteryalarından toplum içinde yaşayan altmış beş yaş üzeri her yaşlı, yüzde elli indirimle yararlanmakta, müzik, tiyatro, kültürel ve sosyal faaliyetler ile temel düzeyde tıbbi hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de yaşlıların sağlığı multidisipliner bir anlayışla ele alınmaktadır. Bu yönüyle doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, ve diğer sosyal hizmet uzmanlarının aktif olarak yer aldığı, ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet akışı söz konusudur. İlk GBM'leri 1970'lerde oluşturulmuş olup, 1979'da "Ulusal Erişkin Gündüz Servisleri Derneği" (National Adult Day Services Association, NADSA) kurulmuştur. 1980 yılında "Robert Wood Johnson Vakfı" tarafından demanslı hastalar ve yakınları için topluma dayalı programlar başlatılmıştır. Ulusal Alzheimer Derneği ve "Yaşlanma Dairesi" (United States Administration on Aging) ile birlikte 1987'de "Demans ve Geçici Bakım Servisleri Programı" (Dementia Care and Respite Services Program) ilk ulusal gündüz bakım servisleri programını başlatmıştır. 1988 ve 1992 yılları arasında 13 eyalette 17 merkeze ulaşılmıştır. 1992 ve 1996 yıllarında "Bakımverenler Partnerleri: Demans Servisleri Programı" (Partners in Caregiving: The Dementia Services Program) ile 30 eyalette 50 merkez oluşturulmuştur. 1998 ve 2002 yılları arasında "Bakımverenler Partnerleri: Erişkin Gündüz Servisleri Programı" (Partners in Caregiving: The Adult Day Services Program) devam etmiştir. "Ulusal Erişkin Gündüz Servisleri Çalışması" (The National Study of Adult Day Services) 2002 sonuçlarına göre GBM'nin sayısı 3407'ye ulaşmıştır. İhtiyaç duyulan merkezlerin sayısının 8520 olduğu belirtilen bu çalışmada bu sayının yetersiz olduğu, bazı merkezlerin ise yetersiz kullanıldığı gösterilmiştir. Çalışmaya alınan 3407 merkezin % 53'ünün oturmuş bir düzenlerinin olduğu, katılımcıların yaşlarının ortalamasının 72, üçte ikisinin kadın olduğu, merkezlerde en sık demanslı (% 52) ve kırılğan (% 41 oranında - 60 yaş üstü, gözetim gerektiren ve/veya sosyal izolasyonlu-risk altında; demansı olmayan) yaşlıların bulunduğu gösterilmiştir. Katılımcıların geri kalanını; mental retardasyonlu/gelişimsel yetersizlikli (disability) (% 24), fiziksel maluliyeti olan ama kognitif sorunu olmayan (% 23), kronik mental hastalıkları olanlar (% 14) oluşturmaktadır. Bu merkezlerde kalanların % 43'ü tuvalet ihtiyaçlarında, % 37'si yürüme, % 24'ü yemek yeme aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. GBM'nin %21'i medikal model, % 37'si sosyal model, % 42'si her iki modele dayanan şekilde yapılandırılmıştır. GBM'lerinde her gün 150000 kişiye bakım sağlanmakta, bu merkezlerin otalama kapasitesi 40 kişiden oluşmaktadır. Bakım alanların çalışanlara oranı 6:1 olarak bulunmuştur.

Bu merkezlerde; tedavi edici aktiviteler, sağlık monitorizasyonu, sosyal servisler, yemek, transportasyon, hemşirelik hizmetleri, ilaç düzenlenmesi, bakıcı destek servisleri, rehabilitasyon tedavileri, medikal servisler, yatılı bakım, acil geçici

bakım gibi geniş bir yelpazede hizmetler sunulmaktadır. Katılımcıların ayrılış nedenleri; yatılı bir kuruma yerleştirilme ve ölümler olan bu merkezlerde ortalama kalış süresi 2 yıldır.

2002'den itibaren % 35 artış göstererek, 2009 yılında NADSA tarafından 4601 merkez tanımlanmıştır. GBM'lerinin % 78'i kar amacı gütmeyen veya kamu bazlı kuruluşlar olarak çalışmaktadırlar. Ücretler verilen servislere göre değişkenlik göstermektedir. Mali kaynakları; servisler için yapılan ödemeler, kamu kaynakları ve bağışlardan oluşmaktadır. Ancak geri ödemeleri sınırlıdır. Tüm kurumlar kişisel ödemeleri kabul etmekte, gelirlerinin % 38'i kamu geri ödemeleri, % 35'i kişisel ödemeler, % 14'ü bağışlar, % 13'ü özel sigortalar ve yardımcı servislerden gelmektedir.

Son yıllarda yeni açılan merkezlerin "Erişkin Gündüz Sağlık Merkezleri" (Adult Day Health Centers, ADHC) şeklinde olduğu; mevcut sosyal modellerin de bu modellere dönüştüğü, kar amaçlı ve orta-üst gelir düzeyine ait kişilere hitap eden özel merkezlerin sayısında artış olduğu gözlenmektedir.

ABD'de "Erişkin gündüz sağlık bakımı" (Adult day health care, ADHC) programlarının % 90'ı kar amacı gütmeyen veya devlete ait programlardır. Bu programlar; hemşirelik, sosyal servis, rehabilitasyon, beslenme servisleri, evde yaşayan kırılğan yaşlılara yönelik tedavi ve sosyal aktiviteler için transportasyon hizmetlerini içerir. Bu şekilde şekillendirilmiş rehabilitasyon, aktivite programları, sosyal destek ve sağlık durumunun monitorize edilmesiyle; yaşlının evde hayatına devam etmesine ve evdeki bakıcılarının dinlenmesine olanak sağlanmış olur. Tipik olarak bir katılımcı programa haftada birkaç gün katılır. Hekim ve onaylı sağlık kurumları verilen servisin belirlenmiş ölçütlere uygunluğu çerçevesinde geri ödemelerden faydalanırlar. Evde veya toplumda verilen bu servislerin tutarının (kişisel bakım, geçici bakım, evde asiste bakım gibi), yaşlının bir kuruma yerleştirilmesi halinde oluşacak tutarları geçmemesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Marchello V. Long Term Care. Clinical geriatrics, Parthenon publishing, ed. Dharmajaran TS New York 2003; 49-58. (Altunbaş A. Cankurtaran M. Yaşlıda Bakım, Arioğul S, ed. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel, 2006: 11-19)'dan alınmıştır.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları-Dönemi: 2009. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6178> (Mart 2010).
3. Lyons WL, Landfeld CS. The need for expertise in ge-

ADHC için yapılan düzenlemeler değişkendir. Ancak, NADSA bazı standartlar getirmiştir. Mali kaynaklar; "Medicaid" ve ya diğer devlet kaynakları, vakıflar, uzun dönem bakım sigortası veya katılımcının kendi kaynaklarıdır. "Yaşlılar için Kapsamlı Bakım Programı" (Program For All Inclusive Care For The Elderly, PACE) modeli; ADHC programları merkezde olmak üzere yapılandırılmıştır, ancak aynı zamanda gereksinim duyulacak tüm sağlık ve sosyal servisleri de içerir. Kayıtlı kişiler için "Medicare" ve "Medicaid" ödenekleri bu modelde; hekim ve hastane servislerini de içeren tüm servisleri kapsayacak şekilde kombine edilir. Bazı PACE programları ADHC programı gibi; aynı zamanda devlet organları ile çalışarak aynı binada veya buraya yakın yerlerde, kırılğan yaşlılar için düşük gelirli asiste ev yaşam desteği sağlarlar.

PACE programları hizmetlerin devamlılığı kapsamında, bakımın idare ve koordinasyonu için interdisipliner takım modelini kullanırlar. Aynı ihtiyaçlar içinde olup herhangi bir PACE programına katılmamış kişilerin hastaneye yatış oranlarının, PACE katılımcılarının hastaneye yatış oranlarından % 50 daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Bu sonuçlar kırılğan yaşlılar için; kapsamlı medikal ve sosyal bakım programlarının bakım koordinasyonu zayıf geleneksel servislere göre daha uygun olabileceği düşüncesini desteklemektedir. Ülkemiz bu açılardan geçiş aşamasındadır. Ara bakım, bakımevi ve evde bakım sistemleri oldukça yetersiz olduğu için hastaneler, tüm bu hizmetleri vermeye çalışmaktadır.

Uzun dönem bakım modelleri değişmektedir, ancak; fonksiyonel kayıpları kompanze etmek için destek sağlayan ve mevcut kronik hastalıklara aktif medikal bakım veren servisler arasında, sıkı bir bağ kurulması kaçınılmazdır. Bu konudaki en küçük girişimler bile yaşlıların hayat kalitelerinin artırılması ve oluşabilecek kötü sonuçlardan kaçınılması açısından önemli bir yere sahip olacaktır.

riatric medicine in the care of older patients. Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, et al eds. Current Geriatric Diagnosis and Treatment. McGraw-Hill, 2004: 1-3

4. Altunbaş A. Cankurtaran M. Yaşlıda Bakım, Arioğul S, ed. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel, 2006: 11-19.
5. Bayer A, Harper L. Fixing to stay: A National Survey on Housing and Home Modification Issues. Executi-

- ve Summary. Washington, DC: Matthew Greenwald and associates for the American Association of Retired Persons; 2000. (Levine SA, Barry PP, Cassel CK, ed. Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach. 4. baskı. New York: Springer, 2006: 121-131)'den alınmıştır.
6. Kassner E, Bectel RW. Midlife and Older Americans with Disabilities: Who gets Help? A Chartbook. Washington, DC: Public Policy Institute. American Association of Retired Persons; 1998 (Levine SA, Barry PP, Cassel CK, ed. Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach. 4. baskı. New York: Springer, 2006: 121-131)'den alınmıştır.
 7. Akan H. Yaşlı bakımı: Nerede ve Nasıl? 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, İzmir, 1-4 Nisan 2010.
 8. Danış MZ. Toplum temelli bakım anlayışı ve sosyal hizmetler: Türkiye örneğinde bir bakım modeli önerisi. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11: 94-105.
 9. Oğlak S. Yaşlının Sosyal Bakımında Bakım Merkezinin Önemi. İzmir Valiliği İl Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Yayınları, Okullar Yayınevi, İzmir, 2010. Basımda.
 10. Bodenheimer T: Long term care for frail elderly people-the On Lok model. N Engl J Med 1999; 341: 1324.
 11. Center for Medicare and Medical Services: www.cms.hhs.gov/pace (Ocak 2010).
 12. National Adult Day Services Association: www.nadsa.org (Kasım 2009).
 13. Danış MZ. Geriatrik ve Gerontolojik Uygulamalar Kapsamında Yaşlılara sunulan Sosyal Hizmetler: Ülkeler Arası Karşılaştırmalı Bir Analiz. 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, İzmir, 1-4 Nisan 2010.
 14. Etiler N. Yaşlılık ve sağlık hizmetleri gereksinimdeki değişim. Fiziksel tıp ve rehabilitasyonda yeni ufuklar, yaşlı Sağlığı. Kutsal YG ed. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2010: 1-9.
 15. The Merck Manuals of Geriatrics, 3 rd ed, Updated Online, Geriatric Care Management. <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec1/ch16/ch16d.jsp> (Ocak 2010).
 16. Report: Shortage of Adult Day Services in Most U.S. Counties. Robert Wood Johnson Foundation. <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=20735> (Mart 2010).
 17. Adult Day Services: Overview and Facts. <http://www.nadsa.org/adsfacts/default.asp> (Mart 2010).
 18. Day Centres for Elderly Persons. Health, elderly and community care. https://ehealth.gov.mt/HealthPortal/elderly/day_centres_services.aspx (Mart 2010).
 19. Country report presentations, Malta. International training programme in Medical Gerontology (Geriatrics) INIA-UN, International Institute on Ageing United Nations – Malta (INIA), 4-15 May, 2009.