



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

YAŞLI BAKIM VE HİZMETLERİ YÖNETİMİ
KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Müge ÖKTEN

135130100

Danışman: Prof. Dr. Metin ATEŞ

İstanbul, 2015



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

**YAŞLI BAKIM VE HİZMETLERİ YÖNETİMİ
KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Müge ÖKTEN**

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

14.11.2015

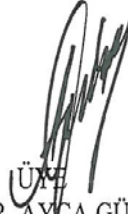
Enstitümüz *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 135130100 numaralı Müge ÖKTEN "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "YAŞLI BAKIM VE HİZMETLERİ YÖNETİMİ" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 07.10.2015 tarih ve 2015/19 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~ayrıklığı/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN
PROF.DR.METİN ATEŞ

ÜYE
PROF.DR.HALİM KAZAN



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. AYÇA GÜMÜŞAY

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Yaşlı Bakım ve Hizmetleri Yönetimi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Kasım 2015

Müge ÖKTEN

ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Teziminyıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Kasım 2015

Müge ÖKTEN

“Bir milletin yaşı vatandaşlarına ve emeklilerine karşı tutumu, o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır. Mazide muktedirken bütün kudretiyle çalışmış olanlara karşı minnet hissi duymayan bir milletin istikbale güvenle bakmaya hakkı yoktur.”

Mustafa Kemal ATATÜRK

ÖZET

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan birisi de yaşlılarımızın bakım sorunudur. Her ne kadar 65 yaş ve üzerindeki her insan da mutlak hastalık ve bakıma muhtaç olma gereksinimi olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Değişen ekolojik sistem, hızla gelişen teknolojik çağ, ne yazık ki her canlı türünü olduğu gibi insanları da olumsuz yönde etkilemiştir. Toplu konutlar bahçeli geniş yapıların yerlerini almıştır, daha çok birey hayatın zor koşulları karşısında uzun saatler çalışmak zorunda kalmışlardır, aileler daha çok çekirdek aile olmayı amaç edinmiştir. Bir yandan da aynı teknolojiye ilerlemeler ve tıptaki gelişmeler insan ömrünün uzamasına ve ortalama yaşam beklentisinin artmasına yol açmıştır. Zira sanayileşme, teknolojik gelişmeler, kadının iş hayatına girmesi, gençlerin iş ve eğitim amacıyla yaşadığı bölgeyi terk etmesi gibi durumların gerçekleşmesi sonucunda yaşanan bu çelişkili toplumsal değişim, yaşlılarımızı yalnız kalmaya, zorlamıştır.

Aynı Dünyanın bu değişen düzeniyle birlikte fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle çoğalmakta olan yaşlı bireylerin yalnız olarak evlerde bakımları zorlaşmış ve aileler haklı olarak yaşlı aile bireylerinin hayatlarını kolaylaştırmak ve ailelere yardımcı olmak amacıyla huzur evleri, bakım evleri gibi Kurumlar ortaya çıkmıştır. Aileler de gözlerinin arkada kalmaması için bu toplumsal bakım alternatifleri arasından birini seçme ile karşı karşıya kalmışlardır. Modern hayatın doğal sonucu olarak, birlikte yaşamaktan çıkan problemlerin yanı sıra yaşlılıkta görülen problemlerin çözümünde profesyonel yardım gerektiği açıktır. Profesyonel kurumlaşma ve meslek örgütleri çerçevesinde yaşlı bakımı ve hizmeti yapılarak, hem ailenin üzerinden yük alınacak hem de yaşlının yeni rolüne uygun bir yaşam şansı yakalaması sağlanacaktır. Bu anlamıyla huzurevleri, bakım evleri kentsel hayatın bir gereği olarak ortaya çıkmıştır.

Huzurevleri, devletin sosyal alana bir müdahalesidir. Huzurevleri, Türk toplumunda yaşlı vatandaşları barındırmayı ve yaşamlarının geri kalan kısmını huzurlu geçirmelerini sağlamayı amaç edinmektedir. Bakım evleri daha komplike, yaşlının istediği ortam, istediği mekan, istediği bölgeye yakınlığı ve yaşama şartlarına uygunluğunun kendi isteğine göre olduğu yerlerdir. Bu Kurumlarda sağlık

hizmetleri de aynı ölçüde önem taşımaktadır. Yaşlı bireyin güvenli, huzurlu ve mutlu yaşama hakkının oluşturulduğu bir merkezlerin oluşması ve sürdürülebilmesi oldukça önem arz etmektedir. Yaşlılarımızın yalnızlaştırmadan, ne istediklerini ve nasıl yaşamak istediklerini tespit edip uygulayarak, son baharlarını şekillendirmek hepimizin görevi ve isteğidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, Yaşlı Bakımı, Yaşlanma, Sağlıklı Yaşlanma

ABSTRACT

One of the most important social problems in old age is the issue of our old aged people's care. Although every person elder than 65 years of age has not absolute illness and doesn't need help, there is the increasing possibilities of the risk of getting ill and of physical disabilities. Changing ecosystems, rapidly evolving technological era, unfortunately, as every living species has also adversely affect people. Public housing has taken the place of large buildings with gardens, in the face of more difficult conditions of life of individuals have had to work long hours, families were aiming to be more nuclear families. On the other hand, advances in technology and in medicine have led to an increase in the average life expectancy and the human life span. The conflicting social changes such as industrialization, technological development, the introduction of women into the business world, the leaving of your people from their original houses because of work and education, forced the old people to be left alone.

The institutions such as nursing homes and day care centers are emerged in order to help and facilitate the lives of elder people and their families, the elder people's care at their home alone is getting difficult because of the functional and physical insufficiency together with this changing world's order. Families were also faced with choosing one of the alternatives for social care, in order not to remain worried. As a natural consequence of modern life, for the solution for problems seen in old age as well as the problems of living together, the professional help are clearly required.

Elderly care services made in the context of professional institutionalization and professional organizations, ensure to take away the burden away from the family and to be a chance to catch up the new role of the elderly will. In this sense, the nursing home, nursing has emerged as a necessity of urban life. Nursing homes, is a intervention to the government's social space. Nursing homes are aiming to ensure the peaceful passing and host the elderly citizens in the Turkish society for the rest of their life.

More complicated, nursing homes are places with environment and living conditions of compliance to the closeness to of the places where they want, according to the elderly wishes. Health care in this institution are also carry the same degree of importance.

Keywords: Elderly, Elderly Care, Aging, Healthy Aging

ÖNSÖZ

İnsan yaşamındaki önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur. Yaşlılık hangi toplumda ve kültürde, hangi sınıf ve statüde olursa olsun kaçınılmaz bir yaşam sürecidir.

Türk toplumunda aile, önemini hala koruyan bir yapı olsa da, zaman içinde yapısında değişimler görülmüştür. Geniş aile yapısı, zamanla yerini çekirdek aileye bırakmış ve kırsal yaşam büyük oranda, kentsel yaşama dönüşmüştür. Şehirlerdeki yaşam şartları, dolayısıyla kadınlar da çalışma hayatında daha fazla yer almaya başlamışlardır.

Yaşlı nüfusun giderek artması ile yaşlılık ve yaşlı kavramları üzerinde konuşulan bir alan haline gelip, daha fazla araştırmalar yapılmaktadır. İnsan ömrünün uzamasıyla, yaşlı nüfusun artması ve yaşamlarını ekonomik, sosyal-psikolojik açıdan daha konforlu sürdürebilmeleri için, destekleyici bakım hizmetlerine, ihtiyaç giderek artacaktır.

Tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen ve yol gösteren danışmanım Sayın Prof. Dr. Metin ATEŞ'e, tecrübesi ve yönlendirmeleriyle çalışmama destek olan Sayın Prof. Dr. Halim KAZAN'a, öneri, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Sayın Fatih SONTAY'a manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam ve biricik kızıma teşekkür ediyorum.

Müge ÖKTEN

Kasım 2015

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	III
ÖNSÖZ... ..	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	IX

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TESPİTİ.....	1
1.2. ÇALIŞMANIN AMACI.....	1
1.3. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ.....	1
1.4. ÜNİTELERİN PLANI	1

2. BÖLÜM

YAŞLILIK İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞ, YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI	2
2.1.1. Yaş Kavramı.....	2
2.1.2. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlılık.....	4
2.1.3. Yaşlılığı Etkileyen Değişmeler	7
2.2. YAŞLILIK DÖNEMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	8
2.3. SAĞLIKLI (KALİTELİ) YAŞLANMA.....	15
2.4. YAŞLILARA HİZMET SUNAN KURULUŞLAR.....	20
2.4.1. Evde Bakım Hizmetleri.....	21
2.4.2. Gündüz Bakım Hizmetleri	24
2.4.3. Yaşlı Apartmanları	26
2.4.4. Huzur Evi (Bakım Evi)	27
2.4.5. Hospis.....	29
2.4.6. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	33

2.4.7.	Kurumsal Bakım Hizmetleri	33
2.5.	SAĞLIK TURİZMİ.....	36
2.5.1.	Medikal Turizm.....	37
2.5.2.	Kaplıca (Termal) Turizm	40
2.5.3.	Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi	44
2.5.4.	SPA ve Wellness	47

3. BÖLÜM

BAKİMEVİNDE KALAN YAŞLILARIN SOSYOKÜLTÜREL VE MANEVİ İHTİYAÇLARININ KARŞILANMA DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ ALAN ARAŞTIRMASI

3.1.	ARAŞTIRMANIN KONUSU	53
3.2.	ARAŞTIRMANIN AMACI.....	53
3.3.	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMLERİ.....	53
3.4.	ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLARI	55
	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
	KAYNAKÇA	88
	EKLER.....	92

KISALTMALAR LİSTESİ

- SHU** : Sosyal Hizmet Uzmanı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EUROSTAT** : Avrupa Birliği İstatistik Kurumu
- SPA** : Suyla Gelen Sağlık (Salus Per Aquam)
- ISPA** : Uluslararası Spa Birliği
- UNİCEF** : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Yaşlıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı	55
Tablo 3.2. Yaşlıların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 3.3. Yaşlıların Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı	56
Tablo 3.4. Yaşlıların Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	56
Tablo 3.5. Yaşlıların Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek Değişkenine Göre Dağılımı	57
Tablo 3.6. Yaşlıların Sosyal Güvence Değişkenine Göre Dağılımı.....	58
Tablo 3.7. Yaşlıların Aylık Gelir Değişkenine Göre Dağılımı	58
Tablo 3.8. Yaşlıların Kurumda Kaç yıldır kaldığı Değişkenine Göre Dağılımı	59
Tablo 3.9. Yaşlıların Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı Değişkenine Göre Dağılımı	60
Tablo 3.10. Yaşlıların Fiziki Rahatsızlığın Olması Değişkenine Göre Dağılımı.....	60
Tablo 3.11. Yaşlıların Psikolojik Rahatsızlığın Olması Değişkenine Göre Dağılımı	61
Tablo 3.12. Yaşlıların Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılama Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 3.13. Yaşlıların Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması Değişkenine Göre Dağılımı	62
Tablo 3.14. Yaşlıların Hüzün Ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma Değişkenine Göre Dağılımı	62
Tablo 3.15. Yaşlıların Çocuk Olma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	63
Tablo 3.16. Yaşlıların Çocuklarının Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri Değişkenine Göre Dağılımı	63
Tablo 3.17. Yaşlıların Yakınların Akrabaların Ziyarete Gelme Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	64
Tablo 3.18. Yaşlıların Yakınların Akrabaların Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri Değişkenine Göre Dağılımı	64
Tablo 3.19. Yaşlıların Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	65

Tablo 3.20. Yaşlıların Kurumda Yapılan Sosyal Etkinliklerden Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı	66
Tablo 3.21. Yaşlıların Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı	66
Tablo 3.22. Yaşlıların İhtiyaç Anında Sosyal Destek Alabilecek Birilerini Bulabilme Değişkenine Göre Dağılımı	67
Tablo 3.23. Yaşlıların Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	67
Tablo 3.24. Yaşlıların Spora Neden Katılmadığı Değişkenine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 3.25. Yaşlıların Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Dağılımı	68
Tablo 3.26. Yaşlıların Gelecek İçin Umutlu Olma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı	69
Tablo 3.27. Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek ile Yaş Arasındaki İlişki	70
Tablo 3.28. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	71
Tablo 3.29. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Yaş Arasındaki İlişki	72
Tablo 3.30. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki ..	73
Tablo 3.31. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	74
Tablo 3.32. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Medeni Durum Arasındaki İlişki.....	75
Tablo 3.33. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki.....	76
Tablo 3.34. Fiziki Rahatsızlığın Olması ile Yaş Arasındaki İlişki.....	77
Tablo 3.35. Sevgi Ve İlgi İhtiyacının Karşılama Durumu ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	78
Tablo 3.36. Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması ile Yaş Arasındaki İlişki.....	78
Tablo 3.37. Hüzün ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma ile Yaş Arasındaki İlişki	79
Tablo 3.38. Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	80
Tablo 3.39. Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	81

Tablo 3.40. Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu ile Yaş Arasındaki İlişki 81

Tablo 3.41. Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme ile Yaş Arasındaki İlişki 82

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tespiti

Dünyada ve Ülkemizde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılarımızın hayatlarını sürdürebilmesinde, birtakım zorluklar baş göstermeye başlamıştır. Yaşlılarımızın nasıl, nerede bakılacağı ve nelerin uygun olabileceği konuları araştırılmıştır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı yaşlılarımızın nasıl, nerede bakılacağı ve onlar için yararlı olan uygulamalar nelerdir, mutlu ve sağlıklı nasıl yaşayabilirler konusu araştırılmıştır.

1.3. Araştırma Metodolojisi

Bu araştırmada gözlem ve incelemenin yanı sıra anket yapıp, İstanbul da bulunan bazı bakım evleri ziyaret edilmiş, yöneticileri ile görüşülüp uygulamalara bakılmış, bakım evinde kalan yaşlılarımızla birebir görüşülmüştür.

1.4. Ünitelerin Planı

Bu tez çalışması üç bölümden oluşmakta olup; birinci bölüm giriş, ikinci bölüm yaşlılık ile ilgili genel bilgiler, üçüncü bölümde bakım evinde kalan yaşlıların sosyokültürel ve manevi ihtiyaçlarının karşılanma düzeyleri ile ilgili olan araştırması sunulmuştur.

2. BÖLÜM

YAŞLILIK İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. Yaş, Yaşlılık ve Yaşlanma Kavramları

2.1.1. Yaş Kavramı

Yaşlılıkla ilgili birçok kavram günlük hayatımızda kullanılmaktadır. Ancak bu kavramlar aynı anlamları taşımakla birlikte bazen kesin olarak birbirinden ayrılamamaktadır. Yaşlılıkla ilgili kavramlar;

Yaş: Biyolojik ve kronolojik yaş olarak 2'ye ayrılır. Kronolojik yaş tüm insanlarda aynı olduğu halde biyolojik yaş bireylere göre değişir.

Kronolojik Yaş; Doğumdan başlayarak içinde bulunan zaman kadar geçen yılların toplamıdır. **Biyolojik Yaş;** İçinde bulunan biyolojik basamağın zaman birimi olarak gösterilmesidir (www.huzurevleri.org/docs/shcek_yasliliga_genel_bakis.pdf 04. Mart. 2015).

Yaşlanma, bireysel bir değişim olarak kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesidir. Yaşlanma bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler de yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (Ateş, 2011: 201).

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kişide fizyolojik ve anatomik bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlılıktaki bu değişiklikler nedeniyle, vücudun hastalıkla karşı direnci azalmakta ve kronik hastalıkların sayısı artmaktadır. Çünkü yaşlılar bu değişikliklere bağlı olarak adaptasyon gücünü, bağışıklığın azalması, stres gibi problemler yaşamakta ve buna bağlı olarak da daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorunla karşılaşmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemiyle baş etmeye çalışmaktadır. Bu durum ise sağlık merkezlerine daha fazla başvuruyu ve daha uzun süre hastanede yatırılmayı gerekli kılmaktadır. Yaşlı, kronik hastalıklı ve özürlü nüfusun tedavi ve bakım masraflarının sağlık ve sosyal hizmet harcamaları içerisindeki payının artması, etkili ve düşük maliyetli alternatif sağlık bakım

hizmetleri arayışına neden olmuştur. Ayrıca artan yaşlı nüfusla birlikte kronik hastalıkların ve bakım giderlerinin artmasının yanı sıra, aile desteğinin azalması da yeni hizmet sunum modellerini gündeme getirmiştir (Altındış, 2013: 256).

İnsanoğlunun kaçınılmaz bir süreci olan yaşlılık dönemine ilişkin yapılan araştırmalar ve çalışmalar oldukça azdır. İnsan yaşamındaki en önemli dönemlerden biri olan yaşlılık, kayıpların ve fiziksel gerilemenin görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur. Yaşlılık hangi toplumda ve kültürde, hangi sınıf ve statüde olursa olsun kaçınılmaz bir yaşam sürecidir. Sonuç olarak yaşlılık, insanın zihinsel, bedensel ve ruhsal yapısının değişmesini ve var olan fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin azalmasını ifade eden bir döneme işaret etmektedir. Dolayısı ile yaşlılık dönemi kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yorumlanmaktadır (Kandemir Bütün, 2013).

Yaşlılık, gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ön görülemez bir süreçtir. Gerçekleşmesi durumunda birey üzerindeki etkisi de kesin olarak bilinemeyen bir fizyolojik tehlikedir. Diğer tehlikelere göre, değişken bir özellik göstermekte, ülkeden ülkeye olduğu gibi, bireyden bireye bile farklılaşabilmektedir. Yaşlılık genellikle emeklilikle bir tutulan bir süreçtir ve insan hayatında beklenen bir sonudur. Fakat birçok sorunla ortaya çıkan bir süreç olması, insanların planladıkları yaşam şeklinin dışında gerçekleşen olaylarla, bireylerin psiko-sosyal problemlerle karşılaşmalarına sebebiyet vermektedir (Gönüllü Taşkesen, 2012).

Yaşlılık, zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Bir başka tanımla yaşlılık, normal fizyolojik bir olgu olup, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme halidir. Yaşlanma sıklıkla ağrılar, zihni durgunluklar, şaşkınlıklar olarak hissedilen değişiklikler de meydana getirir (Altındış, 2013: 295).

Günümüzde 65 yaş ve üzeri grup yaşlı olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşlılık doğal bir süreç olmakla beraber farklı terimler vardır. Sosyal anlamda yaşlılık insanın bağımsız konumdan, bağımlı konuma geçmesidir. Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından ise insanın çalışma hayatındaki verimliliğinin azalması ve emekli olduğu dönemdir. (Ateş, 2011: 202.)

Yaşlanma doğal bir süreçtir; ama asıl olan bu sürecin içeriğini doldurabilmektir. Hayata bu gözle bakılanlar, yaşlılığı doğal bir durum olarak görebilirler. Zira, “.....Her çağın kendisine göre bir durumu vardır. Çocuklarda zayıflık, yetişkinlerde taşkınlık, orta yaşlılarda ağırbaşlılık, yaşlılarda olgunluk, doğal durumlardır. Bunları zamanında kabullenmek gerekir.” Kuşkusuz kişinin yaşlılığını geçirme şekli, yaşlılıkla ilgili düşünceleri, kişilik yapısına, inançlarına ve çevresel etkileşimine göre değişir (Tuncer, 2007: 191).

Yaşlı: Dünya Sağlık Teşkilatı, 1963 yılında yaşlanmayı kronolojik olarak ele almış ve 3 safhaya ayırmıştır.

- Orta Yaşlılar (45 – 59 yaş)
- Yaşlılar (60 – 74 yaş)
- İleri Yaşlılar (75 + yaş)

Bu ayırıma göre 60 yaşın üstündekiler yaşlıdır (Yaşlılığa genel bakış, b.t.).

Topluma ait olamama ve izole edilme duyguları, içe dönme, vücut fonksiyonları ile bu ciddi devamlı uğraşları ortaya çıkarır, birçoklarını intihara götürebilen ciddi ve heyecansal karışımları ortadan kaldırmak için yaşlı kişiler bu duygularıyla gerekli şekilde uğraşılmaya muhtaçtırlar. Yaşlılık, bireyin geçmişine dönük halen yaşamın bir takım sorunlarını yaşadığı ve yaşam sürecinin tamamladığı bir devredir. Yaşlanma, çözümlenin, çökmenin, ilk davranış şekillerine dönüşün, bir gerilemenin başladığı zamandır (Altındış, 2013: 295).

2.1.2. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlılık

Yaşlılık: Zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama kudreti ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ve böylece yaşlanma ile ölüm olasılığının yükselmesidir. Bir başka tanımla yaşlılık, normal fizyolojik bir olgu olup, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme halidir.

Yaşlanma: Canlının oluşumundan yaşamın bitimine kadar devam eden bir süreçtir. Diğer bir deyişle yaşlanma dört aşamada ele alınabilir;

- Gelişme
- Büyüme
- Duraklama ve gerileme başlangıcı
- Gerileme Yaşlanma, kişinin yalnız dış görünümünde değişiklik olarak düşünülmemelidir. Kişiyi iç ve dış tüm varlığı ile bütün olarak düşünmek gerekmektedir.

Yaşlanma sıklıkla ağrılar, zihni durgunluklar, şaşkınlıklar olarak hissedilen değişiklikler de meydana getirir. Topluma ait olamama ve izole edilme duyguları, içe dönme, vücut fonksiyonları ile bu ciddi devamlı uğraşları ortaya çıkarır, birçoklarını intihara götürebilen bu ciddi ve heyecansal karışımları ortadan kaldırmak için yaşlı kişiler bu duygularıyla gerekli şekilde uğraşılmaya muhtaçtırlar.

Yaşlılık, bireyin geçmişine dönük halen yaşamın bir takım sorunlarını yaşadığı ve yaşam sürecinin tamamladığı bir devredir. Yaşlanma, çözülmenin, çökmenin ilk davranış şekillerine dönüşün, bir gerilemenin başladığı zamandır (Yaşlılığa Genel Bakış, b.t.).

Yaşlılık, toplum içerisinde yaygın olarak bilinen kanaatin aksine ne 40 yaşından ne de 65 yaşından sonra başlar. Yaşlılık, doğum anından itibaren organizmanın yaşlanmasıyla başlayan bir süreçtir. İlk dönemle de olgunlaşma ve gelişme olarak tanımlanan bu tür değişiklikler ilk başlarda yaşlılık olarak kabul edilmemektedir. Nitekim birey doğum anından itibaren, hem fiziksel hem de sosyal açıdan gelişmesini devam ettirir. Ancak otuz yaşından sonra tüm organlarda meydana gelen gerileme veya düşüşleri gösteren bir takım ilave değişiklikler meydana gelmektedir ki işte buna yaşlanma adı verilir (Yaman, 2012: 6).

Yaşlılık dönemi tıpkı yaşamın diğer dönemleri gibi insan ömrünün doğal bir dönemidir. Bu dönemde sadece yaşın ilerlemesi değil biyolojik ve ruhsal açıdan önemli değişimler söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı ‘Yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması ‘ olarak tanımlamıştır. Yaşlılık tanımlamasında üzerinde görüş birliğine varılan bir yaş sınırı yoktur. Dünya Sağlık Örgütü 1963’te yapmış olduğu toplantı sonucu 60 yaş ve üstü grubu yaşlı olarak tanımlanırken, 2001 yılından sonra birçok gelişmiş ülkede kabul edilen kronolojik yaş sınırı 65 olmuştur. Bireyin aktif çalışma yaşamının sonu ve genel

emeklilik yaşı olan 65 yaş sosyal ve ekonomik yaşlılığın da başlangıcı olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlılık dönemi üç döneme ayrılmıştır.

- 1- Genç yaşlılık dönemi (65 – 74 yaş)
- 2- İleri yaşlılık dönemi (75 – 84 yaş)
- 3- Çok ileri yaşlılık dönemi (85 yaş ve üzeri) olarak değerlendirilmektedir (Altındış, 2013: 312).

Yaşlanma ise, bireyin doğduğu andan ölümüne kadar olan süreçte ilerleyen kronolojik yaşının bir sonucu olarak hayatı boyunca vücudunda meydana gelen değişimlerin toplamını ifade eden evrensel bir olgudur. Yaşlanmadan kaçınmak imkansızdır. Bu değişim sürecinde organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmekte olup, yaşın ilerlemesiyle birlikte kalp, dolaşım, boşaltım, solunum ve bağışıklık sistemlerinin işlevlerinde sürekli bir gerileme olmaktadır. Kısaca yaşlanma; canlının olgunlaşmasını tamamladıktan sonra gittikçe yıpranması, yaşam fonksiyonlarının, üreme ile ilgili organlar dahil, aksaması bozulması ve böylece o tür için beklenen ömür süresinin sonuna doğru süreci olarak tanımlanabilir (Yaman, 2012: 7).

Yaşanılan yıllar (ki buna nüfus kağıdı yaşı veya kronolojik yaş denir) her insanı aynı şekilde yaşlandırmaz. Bazı insanlar ileri kronolojik yaşlarına karşın, beyin ve beden fonksiyonlarını aynen muhafaza edebilirler. İşte bu yaşa biyolojik veya fonksiyonel yaş denmektedir. Ama ne yazık ki, kronolojik yaş bir nüfus kağıdına bakarak kolaylıkla tayin edilebilirken biyolojik yaşı kesin olarak tayin edebilecek bilimsel bir metot yoktur. Çünkü yaşlılıkta meydana gelen biyolojik ve fonksiyonel değişiklikler her insanda değişik yaşlarda ve farklı bir hızla oluşur (Kalkay, 2004: 3-4).

2012 yılında 60 yaş üstü bireylerin sayısı 809 milyon ve dünyanın toplam nüfusunun %11ini oluştururken 2030 yılı için bu oran 1. 375 milyon ve toplam dünya nüfusunun % 16sı olarak tahmin edilmektedir. Yine 2030 yılı için 60 yaş üstü insanların sayısının 10 yaş altı bireylerden daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. Her yeni doğan 4 bebekten 3ü 60 yaşına ve 1/3ü 80 yaşına kadar yaşamaktadır. 2045-2050 projeksiyonları yaklaşık her yeni doğan 8 bebekten 7sinin 60 yaşına kadar ve

yarısından fazlasının da 80 yaşına kadar yaşayacağını göstermektedir. Bu veriler ortalama yaşam süresinin uzadığını ve dünya nüfusunun yaşlandığını göstermektedir (Buz, 2015: 269).

2.1.3. Yaşlılığı Etkileyen Değişmeler

Yaşlılığı son yıllarda ki ve giderek artan önemine ulaştıran, insan yaşamına bakışın kökten değişimine yol açan bir takım değişkenlerden söz edilebilir.

- 1- Bilim ve teknolojideki gelişmelerle ölüm oranlarının düşmesi: Sadece antibiyotiğin keşfedilmesiyle, 20. yy içinde insan ömrünün ortalama on yıl uzadığı göz önüne alınırsa tıptaki gelişmelerin uzun ömürlülüğe yaptığı katkı daha iyi anlaşılır.
- 2- Göç ve Kentleşme: Bir kentin nüfus artışına uğramasının nedenlerinden birisi o kentteki doğum oranının, ölüm oranından yüksek olması; diğeri de köyden kente göçtür. Kentleşme sadece yeni sosyal sorunlara yol açmakla kalmıyor, aynı zamanda yaşlı insanın yaşamını da doğrudan etkiliyor.
- 3- Yükselen Eğitim Düzeyi ile Doğum Oranının Azalması: İnsanların eğitim düzeyinin giderek yükselmesi ile birlikte yoksulluk zincirinin kırılmasında aile planlamasının önemi kavranmıştır.
- 4- Aile yapısının farklılaşması, büyük aile sisteminden küçük aile sistemine geçiş: Artık ailenin geleceği, büyüklüğü ile değil, aile bireylerinin eğitim düzeyleriyle ölçülmeye başlandı. Geçimini garanti altına almış olmak yeni aile tipinde yeterli bir gerekçe olarak görülmemeye başlandı. Bunun sonucunda doğum oranlarında genel bir gerileme meydana gelince, nüfus içinde genç kuşakların oranı düşmeye ve buna paralel olarak uzayan insan ömrüyle birlikte toplum içinde yaşlı sayısı ve oranı artmaya başladı (Akçay, 2011: 21-22).

Son yüzyılda toplumların öğrenim düzeylerinin yükselmesi, ekonomik göstergelerin iyileşmesi, beslenmenin ve barınmanın gelişmesi, sağlık hizmetlerinin her geçen gün daha gelişmiş teknolojiye sahip olması ve ulaşılabilirliğinin artması, toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların önlenabilir ve tedavi edilebilir hale gelmesi, aile planlaması çalışmaları ve aşırı doğurganlığın azaltılması, kronik hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının artması, yaşlı nüfusun artmasını sağlayan en önemli nedenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların sonucu olarak,

09.Nisan 2002 tarihli basın bülteninde DSÖ, tüm dünyada demografik bir devrim yaşadığını, 60 yaş ve üstü insanların sayısının diğer yaş gruplarından çok daha hızla arttığını ifade etmiştir. Günümüzde ise 6 milyarı aşan dünya nüfusunun yaklaşık 400 milyonu 65 yaş ve üzerindedir. Son 30 yılda bu yaş grubunda %65'lik artış meydana gelmiştir (Ateş, 2011: 207-208).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlılık kronolojik olarak 65 yaş ve üzeridir. Bir ülkede nüfusun yaşlanması, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin toplamının bütün nüfusa oranının artması demektir. Türkiye'de 1990 genel nüfus sayımına göre yaşlıların genel nüfusa oranı %4,3, 2000 de nüfus projeksiyonlarına göre %5,6'dır. Genç nüfuslu ülkelerde yaşlıların genel nüfusa oranı %4'ten az, erişkin nüfuslu ülkelerde %4-7, yaşlı nüfuslu ülkelerde %7-10, çok yaşlı nüfuslu ülkelerde %10'un üzerindedir. UNİCEF'in doğumda yaşam beklentisi 2001 verilerine göre 1970 ve 1999'da Türkiye'de 56 ve 70 yaştır. Erkeklerin yaşam beklentisinin yüzdesi olarak kadınlarda yaşam beklentisi dünya'da 106, Türkiye'de 107'dir (Güleç, 2011).

2.2. Yaşlılık Döneminin Özellikleri

Yaşlılık döneminden bahsedecek olursak; bu dönemin getirdiği fizyolojik, zihinsel, psikolojik belirtiler ve yine yaşlılığın getirdiği sosyal değişiklikler, kişiden kişiye, toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişmekte olup, yaşlının kim olduğuna, yaşlının nasıl davranması, yaşlıya karşı nasıl davranılması gerektiğine karar verdiren ise sahip olduğu kültürdür (Yaman, 2012: 8).

Yaşlılığın ve yaşlının nasıl tanımlandığına, algılandığına, bu yaşlılık döneminin nasıl geçirildiğine etki edenin yine sosyal çevre ve toplum, yaşanan toplumda görülen ve toplumdan öğrenilen değerler, tutumlar, algılar olduğu görülmektedir (Çakmakçıoğlu, 2013: 12).

Şöyle de söylenebilir ki; yaşlı birey artık gençlik ve olgunluk döneminde kazanmış olduğu özelliklere aynen sahip kişinin yaşlanmış şekli olmamakla birlikte, önceki özelliklerinden farklı hale gelmiştir. Morfolojisi, fonksiyonları ve psikolojisi değişmiş bir kişidir. Yaşlılıkla birlikte bireyin duyu organları zayıflamış, hafızasında gerilemeler meydana gelmiş, vücudunun hareket kabiliyetinde azalmalar ve aynı zamanda kişinin sosyal ilişkilerinde zayıflamalar ortaya çıkmıştır (Yaman, 2012: 9).

1.1.1. Yaşlılık Döneminin Fiziksel Özellikleri

Biyolojik Yaşlanma, organizmanın zaman içinde işlevlerinde gerilemesi, fiziksel yeterliliğin azalması ve bedensel olarak bozulma ile ifade edilebilir. Örneğin 90 yaşındaki bir yaşlının 20 yaşındaki gençle kıyaslanıldığında iç organlarında, görmesinde, işitmesinde, yürümesinde ve duruşunda sorunların ve gerilemenin ortaya çıkması biyolojik yaşlanmayı işaret eder (Canatan, 2008: 14).

Yaşlılık, beraberinde çeşitli sorun ve fizyolojik değişiklikleri de getirmektedir. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir; “kan damarları, sinirler, vücut derisi ve diğer biyolojik dokular elastikiyetini kaybeder, damarlarda sertlik, eklemlerde dejenerasyon meydana gelir. İskelet yapısı bozulur, kemikler incelik ve kırılmalıdır. Refleksler ve hormonal aktiviteler yavaşlar. Genel dolaşım sisteminde ortaya çıkan bozulmalardan dolayı birçok sağlık problemleri yaşanır. Düşen kan basıncı, zihinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkiler, kas ve diğer vücut organlarının etkililiğini azaltır.

Aynı zamanda yaşla birlikte neredeyse bütün duylarda bir düşüş görülür. Örneğin koku ve tat duylarındaki azalma beslenmeyi bozmakta, mekân algısındaki azalma ise bireyin dengesini ve eşgüdümün etkileyebilmektedir. Uzağı görme yeteneği genellikle diğer duylardan daha önce bozulmakla beraber, görme alanında ve karanlığa uyumda da azalmalar meydana gelmektedir. Görmedeki bu değişimler etkinliği sınırlayıp, uyum güçlüklerini ortaya çıkarmaktadır. İşitme duyusuna bakacak olursak, genellikle yaşla birlikte azalmakta, bunun sonucunda konuşma etkilenmekte ve bu durum yaşlının toplumla olan ilişkisini sınırlamaktadır (Kandemir Bütün, 2013: 3).

Yaşlılığın sadece kronolojik yaş ile değerlendirilmemesi, yaşlanma sürecini etkileyen bireysel farklılıklar olması yaşlılığa “bireysel” ve “biyolojik” yaşlanma boyutlarını kazandırmaktadır. Biyolojik yaşlanma doku ve hücre düzeyinde histolojik değişiklikler, organlar düzeyinde ise fonksiyon azalması şeklinde görülür. Bireysel yaşlanma ise bireyde biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönden gerilemelerin görülmesine bağlı olarak fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarda belirgin yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla günlük yaşam aktivitelerini yeterince yerine getirememesi şeklinde karşımıza çıkar. Herkes aynı genetik mirası taşımaz. Üstelik herkes farklı beslenir ve farklı yaşam sürerler. Aynı yumurtadan çıkan tek yumurta ikizlerinin bile birbirinden farklı coğrafi koşullarda yaşamaları halinde bir diğerinden

farklı bir yaşlanmaya uğradığı durumlara çok kez rastlanmaktadır (Ardahan, 2010: 25-26).

Kronolojik Yaşlanma, bu kavram, insanın doğumundan itibaren içinde bulunduğu zamana kadar geçen yıllara bağlı olarak geçirdiği yaşlanma sürecini anlatır. Kronolojik yaş, bireyin doğum tarihine göre içinde bulunduğu yaştır (Akçay, 2011: 13).

Kronolojik yaş, takvim yaşına göre, doğumla başlar. ‘‘Kaç yaşındasınız ?’’ sorusunun cevabı olarak kronolojik yaş verilir. Örneğin, beş yıl önce doğan, üç yıl önce doğana göre daha yaşlıdır. Kronolojik yaşlanma, bireyin dışında gerçekleşir. Yani kendine özen gösterme, sağlığını koruma, psikolojik olarak güçlü olma, sosyal olarak aktif olma gibi olumlu ve bunların tam tersi olumsuz özelliklerden etkilenmez. Kronolojik yaşlanmaya göre cildi daha kırışık olan daha yaşlıdır denilemez. Toplumsal yaşamda bazı geçişler kronolojik yaşa göre ayarlanır Örneğin; 14 yaşında bir genç kız 20 yaşında gösterse de, o yaşta davransa da yasalar onun evlenmesine izin vermez (Güleç, 2011: 25-26).

1.1.2. Yaşlılık Döneminin Psikolojik Özellikleri

Psikolojik Yaşlanma, bireyin zeka, hafıza, öğrenme kapasitesi ve hızı, algılama ve güdülenme gibi zihinsel işlevlerinde, uyum ve baş etme mekanizmalarında, ruhsal durumunda kronolojik yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan değişikliktir. Ruhsal durumda değişikliklerin olması, geçmişe göre daha az istekli olma, çevreye karşı alıngan bir tutum içinde olma, çevresinde gelişen olaylara karşı ilgisizlik ya da abartılı ilgi, işe yaramazlık düşüncesi, karamsarlık, yalnızlık problemi genel sağlığı ile aşırı uğraşma ya da inkar etme gibi belirtiler psikolojik yaşlanmanın alanında ele alınır (Güleç, 2011: 26).

Kronolojik yaşlanmayla birlikte bireyin algılama, öğrenme, sorun çözme gibi bellek gücü ile kişilik kazanma alanlarına uyum sağlama kapasitesinin değişmesi, yaşa bağlı olarak davranışsal uyum yeteneğinin bozulmasıdır. Burada yaşlılığa hazır olmama, yetersizlik duygusu, başkalarına yük olma, işe yaramama kaygısı etkin rol oynar (Karadakovan, 2014: 4).

Yaşlılık döneminde yaşlı bireyler, özellikle artan fizyolojik gerilemelere bağlantılı olarak sosyal-psikolojik sorunlar yaşar. Psikolojik sorunlar en çok yalnız kalan yaşlı bireylerde (özellikle kadın yaşlılar) ve kendini yaşlılığa hazırlayamayan

bireylerde görülür. Bununla birlikte tüm yaşlı bireylerde hayatın herhangi bir döneminde de psikolojik sorunlar görülebilir. Yaşlılık dönemi psikolojik olarak bir risk dönemi olarak değerlendirilebilir. Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik değişiklikler, fiziksel gücün azalması, yaşanan çok yönlü kayıplar, stresler, krizler, emeklilik, eşin ölümü, hastalıklar, görünüm değişiklikleri, duygusal kayıplar, statü kaybı, yaşam standartlarının düşmesi gibi nedenlerle yaşlı bireyler ruh sağlığı açısından önemli bir risk grubu oluşturmaktadırlar. Yaşlılıktaki psikolojik değişimin başlıca belirleyicileri üç grupta toplanmaktadır. Bunlar; fiziksel gerileme, statü kaybı ve ölüm korkusudur. Statü kaybı ile ilgili özellikler; saygınlığı kaybetme, belli yaşa gelince emekli olma, emekliliğe bağlı olarak gelir kaybına uğramadır. Ölüm ile ilgili korku ise dinsel inançlara aşırı bağlılıktan, gerçekleştirilmek istenen amaçlara ulaşamama endişesinden ve yaşamın kısalığından kaynaklanmaktadır (Kandemir Bütün, 2013: 4).

Psikolojik yaşlanmayı tanımlayacak olursak; bireyin zeka, hafıza, öğrenme kapasitesi ve hızı, algılama ve güdüleme gibi zihinsel işlevlerinde, uyum ve baş etme mekanizmalarında, ruhsal durumunda kronolojik yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan değişikliktir denilebilir. Ruhsal durumda değişikliklerin olması, geçmişe göre daha az istekli olma, çevreye karşı alıngan bir tutum içinde olma, çevresinde gelişen olaylara karşı ilgisizlik ya da abartılı ilgi, işe yaramazlık düşüncesi, karamsarlık, yalnızlık problemi, genel sağlığı ile aşırı uğraşma ya da inkar etme gibi belirtiler psikolojik yaşlanmanın alanında ele alınır (Yaman, 2012: 11).

Sosyal psikolojik yaşlanma bireyin çevresiyle kurduğu karşılıklı ilişkiler, tutumlar, değerler, inançlar, sosyal roller, kendilik imgesi ve yaşlılığa uyum yönlerinden geçirilen kişi yaşlanınca kendi içine çekilerek çevresiyle ilişki kurmaya yönelmeyebilir. Çok sayıda kişiyle aynı anda bir yerde bulunmak istemeyebilir. İnançları değiştiği için eski arkadaşlarıyla görüşmek istemeyebilir (Canatan, 2008: 15).

Sosyal psikolojik yaşlanma ise bireyin çevresiyle kurduğu karşılıklı ilişkilerini, tutumlarını, değerlerini, inançlarını, sosyal rollerini ve yaşlılığa uyum açısından geçirilen değişimleri kapsar. Geçmişte güçlü sosyal ilişkileri olan kişi yaşlanınca kendi içine çekilerek çevresiyle ilişki kurmaya yönelmeyebilir. Çok sayıda kişiyle aynı anda bir yerde bulunmak istemeyebilir (Yaman, 2012: 12).

1.1.3. Yaşlılık Döneminin Sosyal Özellikleri

Sosyal Yaşlanma, Yaşın ilerlemesiyle, bireyin toplumdaki rolünün değişmesidir. Yaşlanması nedeniyle toplumdaki görevlerinden ayrılması, aile yönetiminde görevinin değişmesi gibi sosyal etkinliklerdeki rolünün azalması, hem sosyal hem de ruhsal yaşlanmasının etkilenmesidir. Örneğin emeklilik, bireyin iş yaşamındaki guruptan ayrılmasına neden olur. Sosyal etkinliklere yeterince katılamaması, sağlığı üzerine olumsuz etki yapar (Akın, 2006: 96).

Bu bağlamda yaşlılık ve emeklilik bireyin daha önceden kendisi ve diğerleri için kararlar alıp belirleyici rol oynanılan bir yaşam döneminden, biraz daha ikinci plana geçinilen bir yaşam dönemine geçiş anlamına gelir. Ayrıca yaşlılıkta toplumsal rol, sorumluluk ve ilişkilerde de oldukça önemli birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır. Birey kendine özgü rol ve sorumlulukları olan yeni bir toplumsal konuma geçer. Toplum yaşlı bireyden daha önceden beklediği şeyleri beklememeye hatta bazı davranışları yaptığında daha önce yaptırım uyguladığı halde şimdi hoş görmeye başlar (Yaman, 2012: 13).

Teknolojideki ilerlemeler ve tıptaki gelişmeler insan ömrünün uzamasına ve ortalama yaşam beklentisinin artmasına yol açmıştır. Yaşlı olmak çoğunlukla olumsuz atıf ve algılarla karşılanmaktadır. Bunun büyük ölçüde üretimden çekilme ve ekonomik ya da sosyal katkı yerine toplum için bir yük oldukları kabulü ile ilişkisi bulunmaktadır. Çalışan yaşlının emekli olması, yaşlılığın kronik hastalık ve fiziksel gerilemelerle birlikte anılması, bakımla ilgili düzenlemeler toplumda yaşlılığın daha çok ekonomik boyutuyla sorun olarak algılanmasına yol açmaktadır. Diğer yandan yaşlı insanların yaşadıkları toplumdaki yaşlılıkla ilgili beklentiler yaşlı bireylerin yaşlılığı deneyimlemesini etkilemektedir. Geleneksel toplumlarda yaşlıların kendilerini toplumdan geri çekmelerinin beklendiği ve bunun bir norm olarak kabul gördüğü düşünüldüğünde yaşlının aktif yaşlanmasının mümkün olmadığı görülmektedir. Toplumsal cinsiyet açısından kadınlara uygun görülen geleneksel cinsiyet rollerinin itaatkar, pasif ve ev içinde yaşlılık döneminde de aynen devam etmesi beklenmektedir. Dolayısıyla toplumsal algı ve kabuller yaşlıların yaşlılık deneyimlerini doğrudan şekillendirmektedir (Buz, 2015: 269).

Kısaca sosyal yaşlanma; bireyin toplum yaşamında, çalışma ve sosyal işlerinde gücünün ve yeteneğinin azalarak kaybolması, bireyin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişmesidir. Bir toplumda ya da bir grup içinde sosyal yönden iyi

uyum sağlayamama durumudur. Yaşlı, artık yetenek ve becerilerini toplumda yerinde kullanamamaktadır (Yaman, 2012: 13).

Bireyin ait olduğu toplumdaki değerler ve normlar, yaşının toplumdaki statüsü, toplumun yaşlıdan beklediği rol ve davranışlar, sosyal ağ ile ilişkili, toplumdan topluma değişiklik gösteren göreceli yaşlanmadır. Bu tür yaşlanmada emeklilik, dulluk, bireysel özellikler ve sosyal rollerle bağlantılı sosyal destek ve ilişkiler, maddi, manevi, fiziksel ve duygusal kayıplar, yaşam standardında meydana gelen değişiklikler belirleyici rol oynar (Karadakovan, 2014: 5).

Demografik yaşlanma, nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artmasıdır. Biyolojik yaşlanmanın tersine nüfusun yeniden gençleşmesi ve yaş gruplarının aynı kalması mümkündür. Nüfusun yaşlanmasında iki temel olgu rol oynar, bunlardan birincisi doğurganlığın azalması, ikincisi ölümlerin azalıp ölüm yaşının ilerlemesidir. Yaşlılık sadece insanlar için geçerli bir olgu değildir toplumlarda yaşlanır. Nüfusun yaşlanması demek 65 yaş ve üzerindeki kişilerin toplamının bütün nüfusa oranının artması demektir (Altındış, 2013: 2).

Fiziksel yaşlanmaya bağlı olarak bireyin günlük yaşamının etkilenmeye başlaması ve toplumsal rollerini gereği gibi yerine getirememesi nedeniyle toplum tarafından atfedilen yaşlılık durumudur. Bu tanımda kültürel özellikler belirleyici rol oynar. Toplumlar için de yaşlılık ifadesi kullanılmaktadır. Bir toplumda genel nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun artması, çocuk ve genç nüfusun oranının azalmasına bağlı olarak toplumların yaş tanımı/sınıflaması yapılmaktadır. Buna göre;

- Genç toplum: Toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfus oranı %4'den az olan toplum.
- Olgun toplum: Toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfus oranı %4-7 olan toplum.
- Yaşlı toplum: Toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfus oranı %7-10 olan toplum.

Çok yaşlı toplum: Toplam nüfus içinde 65 yaş üzeri nüfus oranı %10'dan fazla olan toplum (Karadakovan, 2014: 5).

Tüm dünyada yaşlı popülasyonunun artması nedeni ile daha önceden sorun olmayan veya göz ardı edilmiş yaşlı bireylere yönelik hizmet ve düzenlemeler Türkiye için de sorun olmaya başlamıştır. Yaşlı bireylerin hak ettikleri insan onuruna yakışır şekilde yaşamalarına yönelik hizmetlerin ve imkanların devreye sokulması için ivedilikle çalışılması gereklidir (Altındış, 2013: 320).

Yaşlanma sürecinde bireylerin fizyolojik, sosyolojik, biyolojik ve psikolojik olarak gerilemeler yaşaması kaçınılmaz olup, bunların hangi yaşta, nasıl, ne şekilde ve ne kadar zorlayıcı olacağı kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Tüm bu gerilemelerin daha geç ve daha az yaşanması için tüm bireylerin başarılı yaşlanma modelini benimsemeleri gerekmektedir. Başarılı yaşlanma, yaşlanma sürecinde bireylerin fiziksel ve psikolojik tehditlerin üstesinden gelecek şekilde davranmaları, yani kendi yaşlanma süreçlerinde aktif ve canlı olmaları, hayattan zevk almaları onların başarılı yaşlandıklarını işaret eder. Başarılı yaşlanma var olan kapasitelerini en optimum düzeyde kullanarak en mutlu durumu gerçekleştirebilmektir (Yaman, 2012: 8).

Hangi toplum ve kültürde yaşlılığın ve yaşlının nasıl tanımlandığı, nasıl algılandığı önem kazanmaktadır. Örneğin ilkel toplumlarda yaşlılık bir çöküş dönemi olarak adlandırılır. Ayrıca yine ilkel toplumlarda yaşlılık dönemi için yararsız dönem, hasat çağı, ölme vakti gibi tanımlamalar kullanılmaktadır. Görüldüğü gibi ilkel toplumlarda yaşlılık; yararsız, pasif, işe yaramaz bir dönem olarak görülürken bazı toplumlarda da yaşlılık; bilgeliğin, deneyimlerin hat safhaya ulaştığı, birikimlerin küçüklere aktarıldığı, paylaşımların arttığı bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlanma aynı zamanda doyuma ulaşma, olgunluk, toplumların yaşlının, deneyimlerinden yararlanmasının mümkün olduğu bir süreçtir (Çakmakçoğlu, 2013: 12).

Yaşlılık döneminin en çok rastlanan sağlık sorunu depresyondur. Depresyon intiharlara ve beden hastalıklarına bağlı ölümleri, kayıpları arttırmaktadır. Aslında yaşlının kaybettiği fiziksel gücü, fiziksel anlamda sağlığındaki bozulmalar yaşlıyı depresif bir hale getirmekte ya da yaşlının içinde bulunduğu depresif hal onu fiziksel rahatsızlıklara sürüklemektedir. Bu süreçte tüm bu değişkenlerin birbirine etki etmesi kaçınılmaz olmaktadır. Özet olarak yaşlanmayla ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, sosyal değişimler depresyona yol açmaktadır. Görüldüğü gibi yaşlıda ki fiziksel değişimler, psikolojik değişimlere, psikolojik değişimlerde sosyal değişimlere etki etmektedir. Yaşlının sosyal hayatının, desteklerinin azalması, sosyal yaşantısında daha pasif bir hale gelmesi, ayrıca cinsel tatminin de azalması yaşlıyı depresyona hazırlayan nedenlerdendir (Çakmakçoğlu, 2013: 13).

2.3. Sağlıklı (Kaliteli) Yaşlanma

Yaşam beklentisinin giderek artması, yaşanan sağlıklı yılların süre ve kalitesinin nasıl arttırılabileceği sorusunu gündeme getirmiştir Bu konuda özellikle gelişmiş ülkeler adım atmakta ve sağlıklı yaşlanmanın sağlanması için politikalar geliştirmektedirler. Sağlıklı yaşlanma, sağlığın ve fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin; bağımsız yaşayabilme yetisinin; yaşam kalitesinin korunması ve daha iyi hale getirilmesi; ayrıca yaşam süreçleri arasında başarılı geçişlerin sağlanması için imkanların ömür boyu optimize edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2013: 127).

Günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklardan geçmişe oranla daha çok söz edilmekte ve giderek daha çok önem verilmektedir. Özgür ve arkadaşlarının belirttiği gibi, bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır (Güleç, 2011: 33).

Son yüzyıla kadar yaşlanma konusu bilimsel bir ilgi odağı değilken 21. Yüzyılla birlikte yaşlı popülasyonunun genel nüfus içindeki payı, önemli sağlık konularından birisi haline gelmiştir. Daha önceleri birçok insan zaten uzun yıllar yaşamadan genç yaşta ölmekteyken, antibiyotiklerin ve aşının bulunması gibi 20. Yüzyıldaki gelişmelerle birlikte, özellikle orta-üst tabakadaki insanların atalarına göre daha iyi yaşam koşullarına ulaşması, uzun yaşama düşüncesini de uyandırmıştır. Bu gelişmeler popülasyonun çok daha uzun bir yaşam süresine atlamasına neden olmuştur (Tengilimoğlu, 2013: 124).

Yaşlanma döneminde yalnızlık duygusunun hissedilmesinde bazı bireysel farklılıkların etkisi söz konusudur. Yalnızlığın nedenleri yaşlı bireyin eğitim, cinsiyet, medeni durum, sağlık, sosyal, duygusal ve fizik özelliklerine göre değişmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Bu durumda kadınların genellikle erkeklerden daha uzun süre ve yalnız yaşamlarının, daha fazla belirsizlik sorunu ile karşı karşıya kalmalarının rolü olduğu ileri sürülmektedir. Bekar ya da dul yaşlıların evli yaşlılara göre daha fazla yalnızlık yaşadıkları bildirilmektedir. İleri yaş grubundaki yaşlılar daha genç yaş grubundaki yaşlılara göre daha fazla yalnızlık duygusu hissetmektedirler. Yaşlının diğer

bireylere güvensizliği, utangaçlık, depresif kişilik özellikleri, öfke, gerginlik, şiddete maruz kalma korkusu gibi etkenlerde yalnızlık yaşamasına neden olmaktadır (Karadakovan, 2014: 78)

Gelişmiş ülkelerde kaliteli ve sağlıklı yaşam bilincinin artmasıyla sağlıklı yaşam üzerine araştırmaların da sayısı artmıştır. Sağlıklı yaşlanma; sağlıklı bir şekilde geçirilecek yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin artması, başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan yaşam için gereken temel ihtiyaçların bağımsız bir şekilde karşılanmasıdır. Birçok ülke sağlıklı yaşlanma konusunda devlet ve özel sektör olarak önemli politikalar ve programlar üretmektedir. Üretken, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden başarılı bir yaşlanma hedeflenmektedir. Türkiye’de huzurevlerinde verilen yaşlı bakım hizmetleri oldukça yetersizdir (Tengilimoğlu, 2013: 65).

Yaşamı gözden geçirme terapisi (Life review therapy), yaşlı kişiden ve diğer aile üyelerinden geniş bir öz yaşam öyküsü alınmasına dayanır. Yaşlı kişiler geçmiş yaşamlarına baktıklarında çoğu zaman yaptıklarından değil, yapmadıklarından esef duyarlar. Geçmiş gözden geçirme eyleminde yalnızca geçmiş anımsama değil, aynı zamanda çözümleme boyutu da vardır; dolayısıyla geçmiş gözden geçirme amaçlı ve etkin bir süreçtir. Bu süreçte yaşantıları bütünleştirmek ve yorumlamak söz konusudur (Onur, 2004: 357).

Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma başarılı yaşlanmanın literatürde ortak kabul gören temel göstergeleridir. Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik gösterir. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal bozukluk olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişmesi içindeki yeri, kişiyi olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (Güleç, 2011: 33).

Yaşam döngüsü grup terapisi (Life-cycle group therapy), tedavi gruplarına 15 yaştan 80 yaşına kadar bireyleri birlikte alma temeline dayanır. Yaş ayrımının

kuşaklar arasındaki duygu, deneyim ve destek alışverişini önlediği inancı bu yaklaşımın temelidir. Bu gruplarda yalnızca içsel psikiyatrik bozuklukların tedavisi değil, yaşam döngüsündeki değişikliklerden doğan sorunların çözülmesi de amaçlanmaktadır (Onur, 2004: 357-358).

Yaşlılarda en sık rastlanan psikiyatrik sorunlar arasında ilk sırayı depresyon almaktadır. (Major depresyon, distimik bozukluk atipik depresyon). Fiziksel sağlığın kötü olması, işlevsel bağımlılık ve fizyolojik depoların yetersiz olması depresyona yatkınlığın ana nedenlerinden biridir. Bu bedensel koşullar depresif atağı hem tetikleyebilir hem de süregenleştirebilir. İleri yaşlarda görülen depresyon düşük yaşam kalitesinin önemli etkenlerinden birisidir ve fiziksel hastalıklarla yakından ilişkili olup bu fiziksel hastalıkların mortalite ve morbiditesini etkiler (Gacar, 2009: 257).

Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma riskinin artmaktadır. Bu nedenle bedensel ve ruhsal hastalıkların tanınması önemlidir, ayrıca yaşlılarla ilgilenen uzmanların sosyal bilimler, sağlık sistemleri, hastalarının ekonomik ve sosyal destek sistemlerinin ne durumda olduğunu bilmeleri gerekebilmektedir. Bu dönemde ölüm, hastalık ve göç gibi nedenlerle psikolojik yönden bir yıkım olabildiği gibi; fiziksel kısıtlılıklar ve arkadaşların kaybı giderek artan izolasyona yol açar (Koçyiğit ve diğerleri 2000: 133-140).

1.3.1. Beslenme ve Beslenme Alışkanlığı

Beslenme, insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur (Güleç, 2011: 30).

Yaşlanma süreci ile beden yapısı ve organların işlevlerinde oluşan değişiklikler yaşlı bireylerin besin alımını ve besinlerin vücutta kullanımını olumsuz etkilemektedir. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların ortaya çıkışı ve sıklığı artmaktadır. Bu dönemde en sık rastlanan kronik hastalıklar; hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı ve böbrek hastalıklarıdır. Bireylerin kötü beslenme alışkanlıkları bu hastalıkların oluşmasındaki etmenler arasındadır. Ayrıca bazı besinlere karşı olan ilgisizlik, sosyal çevrenin daralması, bir bakımevinde kalmanın

yarattığı sıkıntı, tek başına yaşama, satın alma ve pişirme olanaklarının olmaması, gelir düzeyi düşüklüğü, diş ve ağız sağlığı bozuklukları, tat alma duygusunun azalması yaşlı bireylerin besin tüketimini engelleyen ve yetersiz dengesiz beslenmeye yol açan durumlardır. Bu durumlar yaşlıların beslenmesine özel bir önem verilmesini gerektirir. Yaşlı bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde önemlidir. Sağlıklı ve kaliteli yaşlanma için, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıklar sonucu ortaya çıkan primer ve sekonder özürün tedavisi, yaşlının toplumsal yaşama katılımının sağlanması gereklidir. Yaşlanmayı durdurmak olanaksız olmakla birlikte, beslenme ve yaşam biçimine ilişkin önlemlerin alınması yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayabilmektedir (Aksoydan, 2006: 150-157).

1.3.2. Düzenli Egzersiz Yapmak

Başarılı yaşlılığın belirleyicilerinden biri bedensel olarak etkin olmaktır. Egzersiz antrenmanı, bedensel etkinlik kavramı içinde değerlendirilir. Fiziksel ya da fonksiyonel uygunluğu korumak ya da geliştirmek amacıyla yapılan, belirli bir yüklenme ve yüklenmeye uyum dönemi içeren, planlı, yapılandırılmış, tekrarlayıcı bedensel etkinlik “egzersiz antrenmanı” ya da “antrenman” olarak tanımlanır. Uygun antrenman programı; bireyin sağlık durumu, hastalık risk faktörleri, fiziksel ya da fonksiyonel uygunluk düzeyi belirlenerek, yetersizliklerin ve gereksinimlerin saptanması, bireyin istekleri ve amaçları doğrultusunda planlanır (Güleç, 2011: 31).

Fiziksel aktivite, hayatı değiştirebilen güçlü bir ilaçtır ve enerji tüketimiyle sonuçlanan, iskelet kası ile yapılan herhangi bir vücut hareketidir. Etkili bir fiziksel aktivite programı kuvvet, sürat, dayanıklılık, denge, fiziksel-zihinsel fonksiyon ve yaşam kalitesini geliştirebilir. Egzersiz, spor, dans ve serbest zaman aktiviteleri ise, fiziksel aktivite başlığı altında tanımlanır. Düzenli fiziksel aktivite vücut sağlığının korunmasında önemli bir faktör olarak yaşam biçimini yansıtmaktadır. Çalışmalar farklı fiziksel aktivite tiplerinin, sıklık ve yoğunlukla ilişkili olarak farklı olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir (Şahin, 2011: 172-178).

1.3.3. Bağışıklık Sisteminin Güçlü Tutulması

Uygun ve hijyenik koşulların olduğu bir çevre, sürekli ve düzenli yapılan egzersizler ve uygun bir beslenme biçimi vücudumuzun bağışıklık sisteminin güçlü tutulmasına yardımcı olacaktır. Güçlü bir bağışıklık sistemi de vücudumuzun iç dengesinin (homeostasis) sağlanmasında temel rol oynayacaktır. Sürekli ve düzenli vücut iç ortamının sağlanması, vücudumuzu oluşturan doku, organ sistemlerinin yıpranmasına engel olacağı için sağlıklı ve dinç kalarak uzun yıllar yaşanmasında önemli katkı sağlayacaktır

Güçlü bir bağışıklık sisteminin yalnızca vücudumuza giren enfeksiyonlarda değil, yanık ya da ameliyatlardan sonra oluşabilecek enfeksiyonlarla, hatta kanserle savaşım için gerekli olduğu bilinmektedir (Güleç, 2011: 32).

1.3.4. Zihinsel Aktivitenin Yapılması

Beslenme, insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur.

Günümüzde sağlıksız beslenmenin rol oynadığı kronik hastalıklar gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de sorunudur. Bu nedenle yetişkin çağda kötü beslenme alışkanlığını değiştirmek zor olduğundan erken yaşlarda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması önemlidir (Güleç, 2011: 30). Yaşlılık bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişiler arası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlarıyla bir kayıplar dönemi olarak tanımlanabilir. Kayıpların birbiri ile birleşmesi kişinin kendine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyum sağlanamamaktadır. Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam beklentisini uzatmaktan ziyade yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmıştır. Temel amaç yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmaktır. Kottke'nin belirttiği gibi yaşlıların sadece uzun yaşamaları ile ilgilenilmemeli aynı zamanda onların yaşam kalitesi ve yaşamın anlamı ile de ilgilenilmelidir (Altıparmak, 2009: 159-164).

1.3.5. Boş Zaman Faaliyetleri

Bireyin yaşamdan aldığı doyum düzeyi, ruhsal yönden iyi olma durumu ve toplumla ilişkilerini devam ettirme sürecini de etkileyen, sağlıklı yaşlanma için önemli bir olgudur. Yaşlılık konusunda çalışan uzmanların çoğu yaşlıların yaşamdan elde ettikleri doyum düzeyinin onların uzayan yaşamlarında temel konu olduğu görüşünü paylaşmaktadır. Düşük yaşam doyumu düzeyi skoru sosyal ilişkiler, zihinsel ve fiziksel sağlıktaki ciddi problemlerin göstergesi olarak kabul edilmektedir (Güleç, 2011: 34).

2.4. Yaşlılara Hizmet Sunan Kuruluşlar

1980'li yılların ortalarından itibaren nüfusun yaşlanması ve yaşlı popülasyonunun kendine özgü hastalıklarının ve tedavilerinin olduğunun ortaya çıkması ile tüm dünyada 65 yaş ve üzeri insanların genel sağlık sorunları, hastalıkları ve bu yaşlara özgü geriatrik sendromlar ile ilgilenen kurumlar çoğalmıştır.

Türkiye'de de yaşlı nüfus 2011 verilerine göre %7,2 seviyelerine ulaşmıştır. Gerek TÜİK gerekse Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan projeksiyonlara göre Türkiye, önümüzdeki 25 yılda tüm dünyada yaşlı nüfusun hızlı artacağı ikinci ülke olacaktır (Cankurtaran, 2012: 293).

Dünya nüfusunun değişen demografisi sağlık hizmetlerine zorluklar çıkarmakta, bireyler emeklilik yaşına geldiğinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artmakta ve bu artış 75 yaş üzerinde hızlı bir ivme kazanmaktadır. Yaşlı hizmetleri içerisinde yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri,

- Geriatri hastaneleri
- Gündüz hastaneleri
- Hasta konuk evleri
- Yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetleri
- Yaşlılarda hemşirelik bakımı
- Barınma hizmeti sunan kuruluşlar
- Evde bakım kuruluşları (Ateş, 2011:218-219).

Kurum bakımında karşımıza huzurevleri, bakımevleri çıkmaktadır. Huzurevleri yaşlıların barınma, bakım ihtiyaçlarını karşılayan, her toplu yaşanan yer gibi belirli kurallara sahip kuruluşlardır. Batı literatüründe huzurevi, oldage home ya da elderly home, residential home, senior house olarak da adlandırılır. Huzurevleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri yönetmeliğinde huzur evi '60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu' şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım evleri ise genelde yaşlı ağır somatik ve psikişik sorunları olan yaşlılara tıbbi refakat olanağı sağlayan kuruluşlardır denilebilir (Çakmakçıoğlu, 2013: 50).

2.4.1. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de, ardından da ABD'de ortaya çıkmıştır. Bu hizmet, yeni doğandan yaşlılığa kadar her yaş grubuna sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri, sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır. Evde bakımı en basit tanımı "bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanması"dır. Bu hizmetler temel günlük yaşam aktivitelerine yardım, teropatik tedavi veya tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinim olan, kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere ev ortamında sunulan hizmetlerdir. Genel olarak evde bakım kişinin ev ortamında bulunmak istemesine rağmen aile ya da arkadaşları tarafından etkin ya da kolay bir şekilde sağlanılamayan bakım gereksinimlerini içermektedir (Ateş, 2011: 225).

Tıp teknolojisinin gelişmesi, hastalıkların tanı ve tedavisinde birçok yenilikleri beraberinde getirmiş, doğumda beklenen yaşam umudu yükselmiştir. Bu gelişmelerin paralelinde ortaya çıkan demografik değişimler sonucunda artan yaşlılık, özürlülük ve kronik hastalıkların oranı ve yaşam kalitesi yönündeki eğilimler, bakım hizmetlerinde daha önce öngörülmeleyen taleplerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dünya ve ülke düzeyinde ortaya çıkan sosyal değişimlerle birlikte değişen tüketici talepleri, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gereğini ortaya koymaktadır. Bu taleplerden biri olan evde bakım hizmetleri, son yıllarda

artan oranda sağlık ve sosyal bakım sistemi içinde yer almaya başlamıştır (Oğlak, 2008: 13-14).

Evde bakım hizmetleri, bakıma ihtiyacı olan kişinin ev ortamında aile/arkadaşları tarafından yeterince yerine getirilemeyen bakım gereksinimlerinin karşılanması için verilmektedir.

Bu hizmetler; Çamaşır, alışveriş, temizlik gibi ev işleri yapma, giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme, yemek hazırlama ve beslenme desteği verme, acil yardım hizmeti sunma, bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işleri (pencerelerin temizliği, halıların yıkanması, buzdolabının temizlenmesi vb.) yapma, arkadaşlık etme, sağlık kontrollerine gitmesi için uygun ulaşım sürecinin sağlanması, finansal danışmanlık, eğitim, ruh sağlığı, ortopedi/nöroloji, rehabilitasyon, infüzyon / onkoloji, kardiyopulmoner ve yara bakımı gibi sağlıkla ilgili uygulamalardır.

Evde bakım, hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere, kendi ortamında daha özgür yaşama imkanı sunmaktadır. Hastanın veya bireyin ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir (Göz ve Erkan, 2008: 7-8).

Bunun içindir ki ailesinden ve sosyal çevresinden ayrılmak istemeyen veya yaşlısına yanlarında bakmak isteyen ailelere deste olmak amacıyla, diğer ülkelerde yıllardır uygulanan Evde Bakım Hizmetinin canlandırılması, geliştirilmesi zorunludur.

Evde bakım hizmetleri, yaşlı ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutlarıyla dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu anlamda; evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları gereklidir, bu resmi bakım verenler grubudur. Resmi olmayan grup ise, genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlarıdır (Yaman, 2012: 39).

Kısa süreli evde bakım ve Uzun süreli evde bakım olmak üzere ikiye ayrılır. Kısa Süreli Evde Bakım hizmetlerinin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonu sağlamak yani, bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır.

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülülerin sağlığını korumak; bakıma muhtaçlık derecelerinin daha da artmasını önlemek; hastalık ve özürülülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak

eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetlerini sunmaktır (Oğlak, 2008: 21-22).

Evde yaşama desteğinin sürdürülebilir. Olması için, bireyin ihtiyacına göre yaşadığı ortamın güvenliği ve erişebilirliğini sağlamak amacıyla, “mekân modifikasyonu ”yerel yönetimler ya da kamuda oluşturulacak hizmet birimleri tarafından yapılabilecektir. Bu hizmetler ergonomi yaklaşımları temel alınarak yeterlilik belgesi olan profesyonelleri ve ustalarca yapılacaktır. Bireyin hareket rahatlığı ve güvenliğini ön plana alacak şekilde planlanan mekân modifikasyonu kapsamındaki ev içi düzenlemeleri ve tamiri,

- Tutunma barları, duş oturma, geçiş güvenlikleri montajlama
- Duş ya da ıslak zeminde kaymayı önleyici yerleştirme
- Kapı, dolap, elektrik anahtarları için ekleme
- Rampa, merdiven asansörü, asansör kurma
- Havalandırma ve pencerelere yalıtım yapma
- Destek için tırabzan kurma
- Ev aydınlatmasının geliştirilmesi
- Güvenlik sisteminin kurulması
- Bakıcı için alan yaratma
- Tekerlekli sandalye, koltuk değneği, yürüyenler için genişletme
- Ocak ve ısıtıcılar için önlem alma
- Isı için elektronik ayarlayıcılar montajlama
- Eşikleri kaldırma işlemlerini içermektedir (Kandemir Bütün, 2013: 27).

Evde Sağlık Bakım Hizmetleri; Yaşlı bireye evinde tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, fizyoterapi, meşguliyet tedavisi, konuşma tedavisi gibi hizmetlerin sunulmasıdır. Bu kapsamda yaşlı bireyin gereksinim duyduğu tıbbi tedavinin uygulanması, yaşlının izlemi, tıbbi bakımının sağlanması, yaşlı ve bakım vericilerin/ailenin sağlıklı yaşam davranışları, hastalık, sağlık ile ilgili konularda eğitimi yapılır (Karadakovan, 2014: 272).

Yaşlı bakımı planlanırken kronolojik yaştan ziyade yaşlının bulunduğu süreç (yaşlının fonksiyonel, fiziksel, mental, sosyal sağlık durumu değerlendirilerek), kişisel tercihleri, bakıcı ile ilgili faktörleri, yaşlının sosyal güvencesi ve ekonomik durumu, bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliği değerlendirilerek hareket edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı ‘‘Profesyonel sağlık çalışanları tarafından veya hastabakıcı bireyler tarafından hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesidir’’ olarak tanımlanmıştır (Altındış, 2013: 257).

Telefonla Yardım; Özel bir telefon hattının normal telefona bağlanması ile yalnız yaşayan yaşlı bireyin acil durumlarda gereksinim duyduğu hizmeti almasını sağlar. Bunun için yaşlı bireyin telefonuna ‘‘telefonla yardım’’ merkezine bağlanmayı sağlayacak bir alet takılır. Daha sonra yaşlı bireye evinde kullanabileceği boynunda asarak ya da cebinde taşıyarak kullanabileceği bir düğme verilerek acil bir durumda bu düğmeye basması söylenir. Bu sistemi kurarken yaşlı bireyin iletişim kurabileceği yakınlarının, akrabalarının, izleyen hekimin, hemşirenin, sosyal hizmet uzmanının numarası telefonuna kaydedilir. Ev kazası, yaralanma, düşme, kendini iyi hissetmeme vb. durumlarda bu düğmeyle merkeze sinyal gönderilir (Karadakovan, 2014: 273).

Toplumsal temelli bakım hizmetlerinden biri olan evde yaşlı bakımı bireylerin rahatlığını, işlevselliğini ve sağlığını iyileştirmek amacı ile verdikleri hizmetleri içermektedir. Bu süreçte evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, sürdürülmesi ve kalitesinin iyileştirilmesi öncelikli konulardır. Evde bakım hizmetleri; önleyici, destekleyici, tedavi edici, iyileştirici, uzun süreli bakım ve palyatif bakım (geçici) olarak sınıflandırılmaktadır. Bu noktada evde bakımın planlanması ve sürdürülmesi insan gücü, zaman, enerji gibi insansal kaynaklar ile ekonomik kaynaklara duyulan gereksinimi artırmaktadır. Bu nedenle evde bakım gerekliliklerinin ve mücadelelerinin üstesinden gelmek için toplumdaki her bireyin çabasına ve katılımcı bir bakım anlayışına ihtiyaç duyulmaktadır. Toplumsal temelli bakım anlayışı olarak evde bakım hizmetlerinin gelişmesi, ancak işbirliğine yönelik çabalarla başarılabilir. Yaşam döngüsünden yola çıkılırsa bir toplumdaki bakım anlayışı, erken yaşlarda geleceğin yaşlı adaylarına anlatılmalı ve öğretilmelidir (Hablemitoğlu, Özmete, Bayoğlu, Yıldırım, 2011: 48).

2.4.2. Gündüz Bakım Hizmetleri

Ayakta tedavi edilebilen, süreğen hastalığı bulunan yaşlı bireylerin, evlerinden, sevdiklerinden, anılarından ayrılmadan, sabah gelip, akşam dönebilecekleri ‘‘gündüz yaşlı hastaneleri’’ kurulmuştur. Bu tarz merkezlerin amacı

yaşlı bireylerin sağlık sorunlarının çözümüne yardımcı olmak, yaşama isteklerini canlı tutmak ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktır (Yaman, 2012: 40).

Yaşlı bu hastanelere gidip yürüyecek, okul gibi okuma zevkini giderecek, yeni uğraşlar bulacak, ilacını alıp dönecektir. Bu model ABD, İngiltere, İrlanda, Belçika, Hollanda v.b. ülkelerde yaygın uygulanan bir modeldir. İlk kez 1940 yılında, Rusya’da psikiyatrlar tarafından ele alınıp uygulanmıştır (Ateş, 2011: 221).

Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans ile Alzheimer vb. hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini arttırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini arttırmak amacıyla “Gündüzlü Bakım Hizmeti” verilir (Altındış, 2013: 302).

Bu destek merkezlerinde sosyal ve kaliteli zaman geçirme aktiviteleri, fonksiyonel, kognitif vemental yetersizliği olanlar için planlanmaktadır. Programlar mesai saatlerinde hizmet vermesine rağmen, öğleden sonra ya da hafta sonu da hizmet vermektedir. Programlar bireysel farklılıklara göre özel hizmetler sunabilmektedir. Bu merkezlerdeki hizmetler;

- İş-Uğraşı ve rekreasyonel çalışmalar,
- Zihinsel aktiviteler,
- Egzersiz,
- Sosyal aktiviteler,
- Yemek ve ara öğünlerin tedariki,
- Yürüme, tuvalet ihtiyacına destek olma,
- Bireysel bakım,
- Güvenli çevre,
- Aktivitelere transferi,
- Sağlık takibi (tansiyon yiyecek içecek takviyeleri, ilaç almada destek olma, ağırlık takibi gibi),
- Alzheimer ya da demans bakımı,

- Zorunlu eğitim çağında bulunmayan bireylerin akademik becerini geliştirecek çalışmaları içermektedir (Kandemir Bütün, 2013: 29).

Tüm dünyada olduğu, Ülkemizde de tıbbın ilerlemesi sonucu, insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusta artış gözlenmektedir. Ayrıca, sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesine neden olmakta, yaş prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkmakta, kuşaklar arasındaki farklılıklar nedeniyle de yaşlının evde bakımı büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İşte yukarıda belirtilen nedenlerle her geçen gün sayıları artan, sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan muhtaç yaşlı kişilerin, huzurlu bir ev ortamı içinde yaşantıların devam ettirmelerini, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunmasını, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesini ve devam ettirilmesini, huzur, güven ve refah içinde bulunmalarını sağlamak amacıyla huzurevlerinin açılmasına ihtiyaç duyulmuştur (Altındış, 2013: 303)

2.4.3. Yaşlı Apartmanları

Kurum bakımını tercih etmeyen ve yalnız yaşamayı seçen yaşlı bireylerin toplum içerisinde güvenli bir ortamda yaşamalarına yardımcı olan bir model olarak yaşlı apartmanları oluşturulmalıdır. Bu apartmanlar yerel yönetimlerce özel olarak düzenlenecek olup daireler boyutuna göre de bir ve birkaç yaşlının yaşayabileceği şekilde düzenlenecektir. Bu apartmanda ayrıca görevli personel için daireler de bulunacaktır. Bunun yanında yaşlılar bu hizmet için kira bedeli ödeyecek ve yaşlıların kendilerini 24 saat güvende hissedebilmeleri ve sorunlarının çözümü için yönetim birimleri oluşturulacaktır. Bunlarla beraber bir de sağlık birimi bulunacaktır (Yaman, 2012: 42).

Hollanda'da bulunan yaşlı apartmanları, daireler bağımsız bölümler halindedir. Her daire yatak odası, oturma odası ve odaya açılan mutfak, banyo ve tuvalet bölümlerinden oluşmaktadır. Yaşlı apartmanının girişinde danışma birimi yer almaktadır. Zemin katta yemek salonu, kafeterya, süpermarket, kuaför gibi genel bölümler mevcuttur. Yaşlı yemeğini yemek salonunda yemektedir. Kendisi pratik yemekler veya çay, kahve gibi içecekler yapmak isterse mutfağını kullanmaktadır.

Bu apartmanlara 55 yaş üzerindeki yaşlılar kabul edilmektedir. Yaşlının fiziksel ve ruhsal kayıpları fazla ve daha çok öz bakıma ihtiyacı varsa banyo ve benzeri ihtiyaçları için personel yardımcı olmaktadır. Bu tür yaşlılar üzerinde alarm taşımaktadır. Ayrıca banyoda da bir alarm sistemi vardır (Ateş, 2011: 247).

Birçok hastalıkta yaşlı insanların hastalık belirtileri ve muayene süreci diğer yaş gruplarından farklı gelişebilir. Bu farklılığa yaşlıların sürekli ilaç kullanmayı gerektiren kronik hastalıklarının olması, kimi yaşlıların kendilerini ifade etmekte zorlanmaları, yalnız yaşayan yaşlıların başkalarıyla iletişim kurmakta sıkıntı yaşamaları gibi etkenler sebep olmaktadır.

Kişiden kişiye değişmekle birlikte, yaşlılar vücutlarında ki değişiklikleri daha zor algırlar. Bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında tedaviye cevap verme hızları da gençlere göre daha düşüktür. Dolayısıyla yaşlıların acil sağlık sorunlarına hızlı bir şekilde müdahale edilebilmesi için kendilerinin ve yakınlarının yaşlılıkta meydana gelebilecek acil tıbbi durumları bilmeleri önemlidir (Yıldırım Kaptanoğlu, 2012: 32).

Bu yüzden yalnız yaşamaları risklidir. Barınma sorununun çözülmesi yaşlının kente katılımını sağlamada ilk adımdır. Barınamayan yaşlı, alışık olduğu çevreden ayrılmak zorundadır. Bu da çevreye yabancılaşma ile kalınan yerden çıkmaya cesaret edememeye yol açmaktadır. Bütün sosyal beklentiler çocuklara veya akrabalara yönelmekte ve devamlı ilgisizlikten şikayet eden mutsuz hayata küsmüş yaşlı tipleri ortaya çıkmaktadır (Kırdı, Akyar, Doğan, Tangören, 2009: 71).

2.4.4. Huzur Evi (Bakım Evi)

Huzurevi, belirli bir yaşın üzerindeki vatandaşların, ücret veya belirli bir bağış karşılığında kaldıkları bakım evleridir. Türkiye’de, 55 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini karşılamak, sürekli bakıma ve rehabilitasyona gereksinim duyanlara bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermekle görevli ve yükümlüdürler ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne bağlıdır. Türkiye’deki çoğu huzurevi devlete ait olmakla beraber, özel bakımevleri de bulunmaktadır (www.mumsema.org/konu-disi-basliklar/75981-huzurevi-nedir-huzur-evi-hakkinda-bilgiler-html 29.05.2015).

Huzurevi, belli bir yaşın üzerinde hayatını tek başına idame ettirmekte zorlanan yaşlıların 24 saat ve yaşam boyu bakımlarının yapıldığı, sosyal bir yaşam

sunan ve çoğu zaman ücretli bakım merkezidir (tr.wikipedia.org/wiki/Huzurevi 29.05.2015).

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin(yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmışlardır. Sanayileşme ve kentleşme süreci içerisinde geleneksel ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma hayatına girmesi, gelenek, kültür ve değerlerdeki değişimler, ayrıca tıpta kaydedilen ilerlemeler neticesinde ortalama insan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfusun artması yaşlılığı bir sosyal sorun olarak ortaya çıkarmaktadır (Altındış, 2013: 296).

Huzurevlerine maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve daha yukarı yaştaki kişiler alınmaktadır. Huzurevlerine ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olan fakat yükümlülüklerin ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olan ancak sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler (Kandemir Bütün, 2013: 30).

60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimleri karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşudur (Altındış, 2013: 299).

Huzurevinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist gibi uzman tarafından koordineli bir biçimde verilmektedir (Kandemir Bütün, 2013: 30).

Resmi Huzurevleri, devlet veya yerel yönetimlerin sağlık daireleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kar amacı gütmeyizler. Ancak

bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde bakım için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapabilir ve verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak bu kurumlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçlarının olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması sebebiyle diğer kuruluşlara göre daha kapsamlı toplum sağlığı hizmetleri sunabilirler (Ateş, 2011: 125).

2.4.5. Hospis

Hospis, Latince kökenli olup, “konuk” ve “ev sahibi” olmak üzere iki anlamı vardır. Hospislerin tarihi geçmişiyile ilgili bazı belirsizlikler olmakla birlikte, seyahat eden insanlar için güvenli ve haydutlardan kaçıp barındıkları yerler olmuştur. Hospis bakımı, 4. Yüzyılda Roma döneminde Fabiola isimli kadının mal varlığını ve kişisel çabalarını ölmekte olan hastalar için kullanılması ile başlamıştır. Fabiola, soylu Katolik sınıfına mensup, tanınmış yardımsever bir kişidir. Birkaç yüzyıl içerisinde Katolik kilisesi, fakir ve hasta insanlar için verilen bu bakım hizmetini geliştirmiştir. Özellikle de haçlı savaşından dönen askerler için. Hospis kelimesi; ilk defa 1842 yılında Fransa’da Jeanne Gamier tarafından kurulan, ölmekte olan insanlara bakım yapan bir merkez için kullanılmıştır. Burada kronik hastalığı olan ve ölmekte olan insanlara hizmet verilmiştir (Ateş, 2011: 179).

Ölüm döşegindeki hastalar üzerine yapılan bilimsel çalışmalar, hastalara kendi ölümlerinden, kaygı ve düşüncelerini dile getirme olanağının tanınmasının, hastaların bu konuları insancıl doktorlar, hemşireler ve diğer paraprofesyonel kişilerle (psikologlar, hospis hemşireleri, ölüm üzerinde özel eğitim görmüş din hocaları vb.) tartışabilmelerinin hastalar üzerinde çok olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Bu durumda yaşadıkları acı ve sıkıntılar hafiflemektedir. İleri ülkelerde yaygın bir uygulama alanı bulan bulan Hospis (Hospice) programı da bu görüşten doğmuştur. Bu program, ölüm döşegindeki hastaların ağrı ve ıstıraplarını, semptomatik tedavilerle dindirirken aynı zamanda hastaların fiziksel, sosyal, ruhsal ve dinsel gereksinimlerini karşılamak amacıyla düzenlenmiştir. Hospis bakımı, hastanın evinde profesyonel paraprofesyonel ve gönüllü kişiler tarafından verilir. İstenirse hastanede başlatılıp evde hastanın ölümüne kadar devam edebilir. Hospis programı ve bakımı, ölüm döşegindeki hastanın ve ailesinin ihtiyaç ve isteklerine

göre ayarlanır ve tam gün, yarım gün, veya birkaç günde bir olabilir. Hastanın ailesi, program sorumlularına günün 24 saatinde telefonla ulaşabilmektedir. Hospis programları ücretlidir ve ancak sağlık bakanlığının denetim, izin ve buna bağlı belgelenmesi ile kurulabilir (Kalkay, 2004: 272 – 273).

Modern anlamda ilk hospis, 1967’de İngiliz doktor Dame Cicely Saunders tarafından Londra’da St. Christopher Hospice’i kurması ile olmuştur. Burada; tedavisi mümkün olmayan kişilerin barınma ve bakım ihtiyaçları karşılanmıştır. Bu girişim, artık aktif tedavilerden faydalanamayacak ve hastalığın son aşamasına gelmiş hastaların ağrı başta olmak üzere, diğer septomlarının kontrol altına alınabildiği, hayat kalitesinin arttırıldığı, insanca ve ev ortamına yakın yaşayabileceği kuruluşların başlangıcı olmuştur (Ateş, 2011: 179).

Palyatif bakım, hospis ve/veya hastanelerde, hastaya, tıbben yapılacak bir şeyin olmadığı, tedavinin yanıt vermediği ve tedavinin birincil amacı olan hastanın yaşamının artık uzatılamayacağına anlaşılması döneminde hasta, ailesi ve çeşitli meslek elemanları tarafından yapılan bir bakımdır. Palyatif bakım, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına yanıt verir. Bu çerçevede, gerek duyulduğunda, hastanın ailesine matem noktasında destek verilmesine kadar genişletilebilir. 1960 yıllarında İngiltere’de başlayan hospis hareketi, destekleyici bakımın geniş kitlelerce kabul edilmesini büyük ölçüde etkilemiştir. Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini olabildiğince üst düzeye yükseltmektir. Hastalığın başından ölüm gerçekleşene dek geçen sürede ailenin gereksinimleri değişebilmekte ve farklı şekiller alabilmektedir. Bu nedenle aile bireyleri enerjilerini dengeli kullanmak ve onlara en çok gerek duyulan anda işe yaramaz hale gelecek kadar kendilerini tüketmemek durumundadır. Ailenin kaygılarını, arzularını ve gereksinimlerini dinleme konusunda, kendini bu duruma duygusal olarak fazla kaptırmamış olan palyatif ekibin üyesi olan sosyal hizmet uzmanı (SHU) ailelere yardımcı olabilecektir. SHU, yasal konularda önerilerde bulunabilir, son vasiyetnamenin hazırlanmasına yardım edebilir ve anasız veya babasız kalacak çocukların geçici veya kalıcı bakımlarını sağlayabilir. SHU, hasta ve ailesinin hastalık sonrası planlarına, değişen rol kalıplarına adaptasyonu ve sosyal uyum konularında hastaya destek getirmesi yönündeki işlevi önemlidir. SHU, aile bireylerinin hastaya hizmet etme ve kendi gereksinimlerini karşılama arasındaki dengeyi kurmasında önemli roller üstlenebilmektedir (Işıkhan, 2008: 35-36).

Yaşamın son dönemindeki bakım hospis bakımı ile eş anlamlı kullanılmaktadır. Yaşamın son dönemindeki bakım ilerleyen ve tedavi edilemeyen bir hastalığı olduğunda bireyin ölene kadar mümkün olduğunca iyi yaşamasını sağlamak amacıyla verilen bakımı içermektedir. Hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasını içerir. Daha çok ağrı ve diğer semptomların kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi bakımı içermektedir. Yaşamın son döneminde verilen bakımın süresine ilişkin literatürde kesin bir bilgi olmamasına rağmen genellikle son haftalar, günler ve saatlerde verilen bakım anlamına gelmektedir. Palyatif bakım ise tanı anında başlayan bakımı içermektedir (Elçigil, 2012: 330-331).

Hospis bakımı, ağrıyı azaltmak, hastayı rahatlatmak, hastaların aile ve arkadaşlarıyla kaliteli zaman geçirmelerini sağlamak için planlanmaktadır. Hospis bakımı aşağıdaki alanlarda hasta ve yakınlarına fayda sağlamaktadır.

- Hekim hizmetleri
- Profesyonel hemşirelik hizmetleri
- Kişiyi özel evde bakım
- Sosyal çalışmacı tarafından danışmanlık ve destek hizmeti
- Dini danışmanlık hizmeti
- Bakım veren hasta yakınlarına destek ve eğitim hizmeti
- Ağrı ve semptom yönetimiyle ilgili eczacılık hizmeti
- Terminal dönemde maksimum destek için gerekli medikal ekipmanların sağlanması
- Fiziksel, iş-uğraşı, konuşma ve beslenme ile ilgili semptom kontrolü
- Hasta ve ailesi için ölüm sürecinde destek hizmeti
- Gönüllü hizmetler (Ateş, 2011: 180 – 181).

Hospis bakımı palyatif bakım anlayışından farklıdır. Hospis, terminal dönemdeki hastaların bakım verildiği kurumlardır. Palyatif bakımın amacı acıyı hafifletmek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve onurlu bir şekilde ölmesini sağlamak iken, hospis modeli daha çok ölüm sürecinin kalitesini arttırmak ve ölüm sırasındaki en iyi bakımı vermeyi içermektedir. Hospis bakım anlayışında da ölüm normal bir süreç olarak kabul edilir ve semptom kontrolü ile bireyin huzurlu ölmesi sağlanır. Palyatif bakım hospis bakımını da içermektedir (Elçigil, 2012: 331).

Hospis bir yer değildir, bir bakım konseptidir. Bu bakım farklı şekillerde ve yerlerde uygulanabilmektedir. Bunlar;

Rutin Ev Bakım: Kişinin kendi evinde ya da yaşadığı herhangi bir yerde olabilir.

Genel Yataklı Bakım: 24 saat profesyonel hemşirelik hizmetlerinin verildiği bakım merkezleri, hastaneler, süre sınırı olmayan yataklı hospis merkezleri.

Sürekli Bakım: Uzmanlar tarafından belirlenen uygun yer ve zamanda sunulan bakım.

Dinlenme Bakımı: En fazla beş gün için, hastaya bakım veren yakınlarını dinlendirmek ve rahatlatmak için verilen bakımdır.

Hangi bakımın hasta için uygun olduğuna hasta ve ailesi ile multidisipliner ekip birlikte karar vermelidir. Hasta ve ailesinin istekleri ve sosyo-kültürel durumları bu kararda etkilidir (Ateş, 2011: 182).

Palyatif bakım her ülkenin kendi koşulları içinde evde, hastanede, polikliniklerde ve bakım merkezlerinde hastanın olduğu her yerde ve tercih ettiği her yerde verilebilir. Palyatif bakımın hedefleri hasta ve ailenin gereksinimlerine göre değişebilir. Palyatif bakım yoğunluğu ve sıklığı hastalık ilerledikçe, hasta ve ailesinin gereksinimleri arttıkça ve bakımın karmaşası arttıkça artabilir. Bakımın önceliği genellikle hastanın istekleri ve değerlerine göre değişir (Elçigil, 2012: 331).

Hospislerde, multidisipliner bir ekip görev almaktadır. Hasta ve ailesinin ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda hizmet sunmaktadırlar. Bu hizmet alanları,

- Genel Cerrahi
- Psikiyatri
- Hemşirelik
- Sosyal Hizmetler
- Yasal konular
- Manevi konular
- Hospisler

Başlangıçta hayırsever kişi ve kurumlarca yürütülen hospis hareketleri, günümüzde profesyonel ve multidisipliner bir yaklaşımla işlemektedir. Hospis bakımı; yataklı tedavi kurumunun bir bölümünde ya da ev bakım programları şeklinde veya bağımsız hospis merkezlerinde verilebilmektedir. Hem hospis merkezindeki hem de evdeki bakım hospis bakımı kapsamındadır (Ateş, 2011: 181-182-183).

İnsanlar uzun ve kaliteli mutlu bir yaşam sürmeyi isterler. Yaşam kalitesi, fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal yönden bireyin algıladığı iyi olma halidir. Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımın temel hedefini oluşturur. Bu bağlamda palyatif bakım, insanların fiziksel niteliklerinde değil içlerinde var olan onuru sözlerle ve davranışlar yoluyla ileten; insanların kaçınılmaz fiziksel kayıpları ile başa çıkarken bütünlüklerini korumalarına yardım eden ve ölmekte olan kişileri onurlandıran ve koruyan bakım olarak tanımlanabilir (İnci, Öz, 2012: 179).

2.4.6. Rehabilitasyon Hizmetleri

Yaşlılarda yapılan rehabilitasyon etkinlikleri üç başlık altında incelenmektedir; reaktivasyon, resosyalizasyon, reintegrasyon.

Reaktivasyon: Letarjik, pasif, gerek sosyal gerekse fiziksel aktivite azlığı içerisindeki yaşlıların günlük yaşam için gerekli aktiviteleri tekrar kazanması için yapılan cesaretlendirme ve yönlendirme çabalarını kapsamaktadır.

Resosyalizasyon: Hastalık sırasında ve sonrasında aile, komşular, arkadaşlar ve diğer yaşlılarla azalmış ya da kaybolmuş olan ilişkilerin yeniden canlandırılmasını amaçlamaktadır.

Reintegrasyon: Yaşlının günlük yaşamın akışı içerisinde yenilenen ve değişen topluma uyum göstermesini ve bu beceriyi kazanmasını amaçlamaktadır (Güleç, 2011: 60).

Yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmelerini amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşunu ifade etmektedir (Ateş, 2011: 223).

2.4.7. Kurumsal Bakım Hizmetleri

Toplumumuzun sosyokültürel yapısı, yaşlının aile ortamında yaşamasına uygundur. Ancak günümüzde aile yapısında meydana gelen değişimler ve aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi yaşlıyı aileden soyutlamakta ve yaşlı bir

anlamda yalnızlığa itilmektedir. Ayrıca kadının çalışma yaşamına girmesi, evde bakım gereksinimi olan bireylerin bakımını sorun haline getirmektedir. Bu soruna çözüm olarak toplumlarda çeşitli yapı ve özelliklerde bakım evleri geliştirilmiştir. Geliştirilen bakımevlerine rağmen, her türlü olanağı kullanarak yaşlının aile içinde ve evde kalması sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak yaşlılıkta kurum bakımı giderek artan bir gereksinimdir (Yaman, 2012: 42).

Huzurevlerine maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olan, ancak günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 yaş ve daha yukarı yaştaki kişiler alınmaktadır. Huzurevlerine ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olan fakat yükümlülerin ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olan ancak sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler. Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra, tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist gibi uzman kişiler tarafından koordineli bir biçimde verilmektedir (Ardahan, 2010: 28).

Huzurevleri ve bakımevleri her ne kadar yaşlıların kendilerini kendi evinde gibi hissettiklerinin amaçlandığı kurumlar olarak görülseler de kendine has kuralları bulunmakta, yaşlı sayısındaki fazlalık ya da fiziksel mekanın uygun olup olmaması gibi etkenlerle bu pek mümkün olmamaktadır (Çakmakçioğlu, 2013: 50).

Yaşlılık dönemi üretilenler ve birikimler açısından en verimli dönemdir. Ancak yaşlılar kurumlarda gereksinimleri karşılanırken bağımsızlıklarını ve kendi yaşamları üzerindeki denetimlerini yitirmektedirler. Özellikle 60 yaş öncesinde yaşlılığa psikolojik olarak yalnızlık ve çevreye uyumda güçlük gibi sorunlar görülmektedir. Yaşlılıkta fiziksel ve ruhsal gerilemeye bağlı olarak yaşam gücü ve isteği giderek azalmakta ve uyumlarda da azalma olmaktadır. Yaşlının fiziksel gücünü, işini kaybetmesi ve rol değişimi gibi durumlar yaşlıları karamsarlığa itmektedir (Ardahan, 2010: 29).

Huzurevi yaşlının yıllardır alışık olduğu aile ortamından sonra, günlük yaşamını sürdürdüğu bir kurumsal oluşumdur ve bu kurum, yaşlının sosyal yaşamının da büyük bir kısmını oluşturur. Huzurevleri yaşlıların neredeyse tüm günlük ihtiyaçlarının karşılandığı ve onların evleri olan yaşam mekânlarıdır. Genelde, huzurevi kavramı, batı ülkeleri ve ülkemizde çok benzer anlamlar taşımakta ve bu kurumlarda yaşlının tüm gereksinimleri, kendine bakımı, oda temizliği, yemeği, vb. ihtiyaçları yanında, sosyal-rekreasyonel, sağlık (kontrolü) ve tedavi gibi tüm olanaklar sağlanmaktadır. Bu bağlamda huzurevi pek çok zaman, bir yaşlının son durağı, son “evi” konumundadır. Bununla birlikte burasının başkaları tarafından sevk ve idare edilmesi ve burada uyulması gereken bazı kuralların ve kısıtlamaların bulunması yaşlının daha önceki yaşantısı ile çelişkilidir. Huzurevinde, bireyler açısından fiziksel ve sosyal çevreye daha fazla bağımlılık ve uyum söz konusudur. Bireylerin alışkanlıkları, yaşam biçimleri, tercihleri ve mekân kullanım şekilleri vb. birçok husus burada belirli ölçülerde standartlaştırılmak durumundadır. Huzurevinin “ev” gibi olması istenir. Ancak yaşayan sayısı, sosyal yapısının heterojenliği, kurumun ekonomik koşulları, tesisin fiziksel büyüklüğü dolayısıyla bu amaca ulaşmak pek de kolay olmamaktadır (Arpacı, Ersoy, 2009: 89).

Ailenin kent içindeki farklılaşması ile birlikte yaşlının konumu da zorunlu olarak değişmiştir. Geleneksel toplumda bilginin merkezi olan yaşlı, modern toplumda bu görevi yerine getirememekte ve bir statü kaybına uğramaktadır. Bunun yanında hızla değişme, yaşlının sahip olduğu bilgiyi de geçersiz kılmaktadır. Durum böyleyken, kent hayatı yaşlıyı yalnızlaştırmakta ve evlatları ile ilişkisinde kuşak çatışmaları yaşamasına sebep olmaktadır. Bu karmaşanın içine bir de yaşlanma ve yaşlılığı algılama gibi bir sosyal problem eklenirse birlikte yaşamak daha güç hale gelecektir. Birlikte yaşamada çıkan problemler ve modern hayatın doğal sonucu olarak yaşlılık probleminin de çözümünde profesyonel yardım gerektiği açıktır. Bu anlamıyla huzurevleri kentsel hayatın bir gereği olarak kendisini ortaya çıkarmıştır. Huzurevi adı verilen kurum, devletin sosyal alana müdahalesi sonucu ortaya çıkmıştır (Ardahan, 2010: 30).

Gelişmiş ülkelerde kaliteli ve sağlıklı yaşam bilincinin artmasıyla sağlıklı yaşam üzerine araştırmaların da sayısı artmıştır. Sağlıklı yaşlanma; sağlıklı bir şekilde geçirilecek yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin artması, başkalarının yardımına ihtiyaç duymadan yaşam için gereken temel ihtiyaçların bağımsız bir şekilde karşılanmasıdır. Birçok ülke sağlıklı yaşlanma konusunda devlet ve özel

sektör olarak önemli politikalar ve programlar üretmektedir. Üretken, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden başarılı bir yaşlanma hedeflenmektedir. Türkiye’de huzurevlerinde verilen yaşlı bakım hizmetleri oldukça yetersizdir. Özellikle bu alanda yeterli eğitimi almış personel eksikliği ve politikaların yetersizliği huzurevlerine yönelik toplum algısını da olumsuz etkilemektedir (Tengilimoğlu, 2013: 65).

2.5. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi; sağlığı koruma ve iyileştirme amacıyla insanların belirli bir süre için bir yerden sağlık hizmeti veren bir tesise giderek tedavi olmasından doğan hareketlerdir.

Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır. Bunlar;

- Koruma
- Tedavi
- Rehabilitasyon’dur.

Sağlık hizmeti veren tesis türleri,

- Hastaneler
- Klinikler – Poliklinikler
- Özel Sağlık Merkezleri
- Rehabilitasyon Merkezleri – Senatoryum/Yurtlar
- Fizik Tedavi Hastaneleri ve Merkezleri
- Fizyolojik – Psikolojik Teşhis – Tedavi Merkezleri
- Alternatif Tıp Merkezleri (Akupunktur, Kiropraktik, vb.)

Bu tesislerin temel amacı hastaların tedavisidir. Kişilerin ve Toplumların Kaliteli yaşayabilmelerini sağlamak ve sağlıklı yaşam standartlarına ulaşabilmek çerçevesinde, zinde olmalarını sağlamak amacıyla oluşturulan yukarıda sıralanan tüm sağlık hizmeti veren tesislere yapılan hareketler ‘‘Sağlık Turizmi’’ olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Turizmi; hedef pazardaki turistlerin ihtiyaç ve beklentileri, tedavi şekilleri, kullanılan kaynakların farklılığı ile dört çeşide ayrılmaktadır;

- Medikal (Tıbbi) Turizm,
- Kaplıca (Termal) Turizm,
- Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi ve
- Spa ve Wellness Turizmidir.

(Güven, Gülen, Demirci, 2012: 51).

Türkiye destinasyon ülkesi olarak Avrupa'ya mesafe bakımından yakın bir ülkedir. Türkiye'nin iklimi yaşlı ve emekliler için çok müsait bir özellik arz etmektedir. Bilhassa ilkbahar ve sonbahar aylarında da Akdeniz ve Ege kıyılarında denizden istifade etmek mümkündür. Bu durum, söz konusu bölgelere ilkbahar ve sonbahar aylarında emekli ve yaşlıları çekebilecek bir faktördür. Unutulmamalıdır ki, ülkemizde iklim, sadece nüfusun dağılışı üzerinde değil, orman ve step gibi bitki örtüsü, iskan şekli, ulaştırma ve iktisadi faaliyetler gibi çeşitli faktörler üzerinde de büyük tesire sahiptir (Tengilimoğlu, 2013: 132).

2.5.1. Medikal Turizm

Medikal Turizm, tedavi amacıyla başka ülkelere yapılan seyahatlerdir. Öncelikli amaç "tedavi" olmakla birlikte hastalar; konaklama, yiyecek-ıçecek, ulaşım, seyahat programları gibi turizm sektörünün sağladığı hizmetlerden yararlanmaktadırlar (Tengilimoğlu, 2013: 58).

Medikal turizm sağlık turizminin diğer türlerinden farklıdır. Dünyada özellikle son on yıl içerisinde önem kazanan medikal turizm kavramı Türkiye'de ise daha yenidir ve son 3-4 yıldır üzerinde önemle çalışılmaktadır. Ülkemizde bu konu ile ilgili çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, öneminin ve getirilerinin tam olarak anlaşılamadığı düşünülmektedir. Medikal turizm, turizm endüstrisi içerisinde hızla büyümekte olup insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olmalarını ifade eden bir kavramdır. Medikal turizmde, "turist" öncelikle cerrahi müdahale yani tıbbi tedavi olma amacını taşımakta bununla birlikte turistik yerlerde dinlenme ve boş zaman değerlendirme gibi geleneksel turizm faaliyetlerini de gerçekleştirmektedir (Pars, Akdu, Akdu, 2012: 268).

Medikal turizm ya da tıp turizmi, insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri nedeniyle yabancı ve genelde uzak ülkelere giderek bu ülkelerdeki düşük tedavi giderleri nedeni ile tıbbi tedavi ya da operasyonları bu ülkelerde gerçekleştirmeleri ile oluşan turizm hareketleri olarak tanımlanmaktadır. Medikal turizm insanların uzun mesafedeki ülkelere, tıbbi bir tedavi alabilmek için seyahat etmesini (belki bunun yanı sıra bir de tatil yapmasını) ifade eden bir kavramdır. Sağlık hizmetleri için başka bir ülkeye seyahat eden yabancı hastalar, o ülkeye sağlık konusunda ihracat sağlar. Bu turizm için seyahat eden veya eğitim için seyahat eden yabancı turist ve öğrencilerin durumuyla kısmen benzerdir. Dolayısıyla medikal turizm ekonominin iki hizmet sektörü olan tıp ve turizmin arasındaki ortaklıkları kapsar (Tengilimoğlu, 2013: 99-100).

Medikal turizm için dünyadaki en önemli bölge kuşkusuz Asya kıtasıdır. Medikal turizmde ana fikir, günlük rutinlerden uzaklaşarak rahat ve değişik bir ortamda tedavi görmek veya sağlığı destekleyici hizmetler almaktır. Bir taraftan dağlara ve denize yakın olmanın keyfini yaşarken diğer taraftan daha sağlıklı olmayı sağlayacak hizmetlerden de faydalanılabilir. Bunu ruhsal, duygusal ve bedeni açıdan bir yenilenme olarak da ele almak mümkündür. Medikal turizm tıp endüstrisinin gelişmesi ile ortaya çıkan, deniz aşırı ülkelerde tıbbi tedavi ile tatil yapmayı bir arada ele alan bir yaklaşımdır (Gülen, Demirci, 2011: 73-74).

Bölge yılda 1.3 milyon medikal turisti çekmektedir ve Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkelerle bu faaliyetin kapsamı şaşırtıcı boyutlara ulaşmıştır. Tayland'da medikal turizm hareketleri 1970'lerde cinsiyet değişimi operasyonları ile başlayıp daha sonraları estetik cerrahiye yönelim göstermiştir. Hindistan günümüzde medikal turizmin merkezi olarak kabul edilmektedir ve bu alanda en önemli küresel merkez haline gelebilmek için teknolojisini yenilemiş, batılı tıbbi yöntemleri uyarlamış, düşük maliyetler ve hızlı bakım sağlayabilmesini reklamlarında vurgulamıştır. Bu ülkede 1990'ların ortasından itibaren ekonomik liberalleşme sayesinde özel hastaneler teknolojiyi ve diğer tıbbi malzemeyi daha kolay ithal edebilir hale gelmiş bu sayede de alt-yapılarını batılı hastanelerin düzeyine getirebilmişlerdir. Bununla birlikte, hastanelerin iyileşmesi ve maaşların artması sayesinde denizaşırı çalışan doktorlar da kendi ülkelerine geri dönmeye başlamışlardır. Geriye dönen doktorların çoğunun uluslararası deneyimlerinin olması, potansiyel turistleri kendilerini daha rahat

hissedebilmeleri için reklamlarda kullanılabilecek bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Hindistan'daki büyük hastane zincirleri yabancı hastalar için özel tercümanlar istihdam ederken, büyük oranda İngilizce konuşabilen bir ülke olmasının avantajlarından da yararlanılmıştır. Teknolojinin batılı ülkeler düzeyine getirilmesine, doktorların deneyimli ve batılı prosedürlere aşina olmasına rağmen, iş gören maliyetleri çok düşüktür ve sigorta daha az masraflıdır. Bu ülkede kalp ameliyatı gibi enfeksiyon riski yüksek ameliyatlarda bile başarı oranları dünyanın en iyi hastaneleri ile karşılaştırılabilir durumdadır (İçöz, 2009: 2263).

Sağlık turizminin ülkelere sağladığı faydalar, somut ve soyut olarak incelenebilir. Somut faydalar arasında yabancı turistlerden kaynaklanan gelirlerin ülkelerin ekonomik refahına katkısı, ülkeler arasındaki bilgi paylaşımını artırması ve stratejik ortaklıkların gelişmesi, ülkeler arasında teknoloji ve bilgi transferine katkı sağ- laması, yabancı hastalara uluslararası rekabet nedeniyle sunulan fırsatların kendi ülkelerindeki hastalara da daha iyi hizmet sunulmasına yol açması sayılabilir. Soyut faydaları ise sosyal ve kültürel deneyimlerin paylaşılması, uluslararası ilişkilerin gelişmesine katkı sağlaması, global pazarlama ve tıbbi ticaretin gelişmesi, sağlık bakım hizmeti sunduğu imajını kazandırması, rekabet avantajı sağlaması, sağlık alanında kamu ve özel ortaklığını güçlendirmesi, birçok açıdan hasta memnuniyetini artırması olarak sıralanabilir. Sağlık turizminin faydaları yanında olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bazı hükümetler ve sağlık sigortaları, yurt dışından alınan sağlık hizmetlerini ödemediğinden hastalar aldıkları hizmetin bedelini cepten ödemektedir. Hasta genelde operasyondan birkaç gün sonra ülkesine döndüğünden ortaya çıkan yan etki, komplikasyon veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı, hastanın kendi ülkesinde giderilmektedir. Birçok ülkenin malpraktis konusunda yeterli yasası olmadığından yanlış tedavi durumunda yerel mahkemelerden yeterince yardım alınamamaktadır (Özsarı, Karatana, 2013: 137).

Medikal turizm konusunda en önemli engel, gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi müdahalelerin kendi ülkelerindekiler düzeyinde ve kalitesinde olduğuna potansiyel ziyaretçileri ikna edebilme sorunudur. Özellikle Hindistan'daki tedavi sırasındaki ve sonrasındaki hijyen koşullarının yeterli olmadığı konusunda Avrupa ülkelerinde önemli kuşku vardır. Bu nedenle de ucuz tedavinin bazen pahalıya patlayabileceği konusunda ciddi endişeler ve kanılar oluşmaktadır. Bu nedenle de medikal turizm

konusundaki reklamlarda özellikle teknoloji, kalite güvencesi ve yabancı ülkelerde alınmış eğitim gibi referanslara öncelik verilmektedir (İçöz, 2009: 226).

Medikal turzmi geliştirici etkenlerin yanı sıra, sağlık ticaretinin sınırlayıcısı bazı etkenlerin olduğunu da belirtmek gerekir. Aşağıda ki gibi sıralanmıştır.

- Yabancı sağlık kuruluşları tarafından empoze edilen sınırlamalar ve ülkelere giriş/ülkeden çıkış zorlukları.

- Özellikle sağlık kuruluşlarının akreditasyonu ve lisans sorunu

- Sağlık alanında doğrudan yabancı sermaye girişi sorunları.

- Sigorta, eğitim ve telekomünikasyon alanındaki düzenlemeler. Özellikle yabancı ülkelerdeki tedavileri sınırlayan sigorta sistemleri.

- Yerli, düzenleyici, alt-yapısal ve kapasite ile ilgili sınırlamalar.

- Pazardaki yoğun rekabet.

Bu zorlukları aşmak için yapılabilecek düzenlemeler ise;

- Uygun yasal düzenlemeler,

- Seyahat formalitelerinin azaltılması,

- Sağlık hizmet kalitesi, özellikle kalite garantisi,

- Profesyonel (mesleki) lisanlama,

- Teknoloji, yeni teknoloji girişine kolaylık sağlanması,

- Vergilerde uyum,

- Uygun ve nitelikli işgücü,

- İletişim ve ulaştırma alanında alt-yapı gelişimi.

şeklinde özetlenebilir (İçöz, 2009: 2268).

2.5.2. Kaplıca (Termal) Turizm

Sağlık için yapılan turizm hareketlerinin geçmişi yakın değildir. Antik Romalılar, konaklama alanlarını termal kaplıcalarla birlikte inşa etmişlerdir. Antik Yunanlar Saronic Körfez' ine, sağlık tanrıları Asklepios'un tapınağını ziyarete gitmişler ve bu tanrının rüyalarında, hastalıklarının tedavisini gösterdiğine inanmışlardır. Üst sosyal sınıfa mensup kişiler, kaplıcalardan, mineralli sulardan, yenilikçi terapilerden ve Akdeniz'in sağlıklı ikliminden yararlanarak sağlıklarına

kavuşabilmek için çok uzun zaman önce seyahat etmeye başlamışlardır. Bu bağlamda, termal turizmin ortaya çıkışı hakkında bilgi sahibi olabilmek için ilkçağlara gitmek gerekecektir. Temel kaynaklar Roma İmparatorluğu döneminde hastaların ve savaşta yaralanan askerlerin tedavisi için sistemli bir şekilde kullanılmıştır. Ortaçağ Avrupası'nda ise temizliğe önem verilmediğinden kaplıcaların tahrip edildiği görülmektedir. Rönesans dönemiyle birlikte Avrupa'da çeşitli termal merkezlerin ortaya çıktığı görülmektedir. Demiryollarının gelişimini takiben, insanların kaplıcalara yolculukları da kolaylaşmış ve hız kazanmıştır. Bu dönemde, kaplıca turizmi sadece sağlık amaçlı olarak görülmeyip, bir moda akımı ve sosyal bir aktivite halini almıştır (Tengilimoğlu, 2013: 85).

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik-tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları için meydana gelen turizm hareketi olarak tanımlanır. Bu uygulamaların yapıldığı tesislere ise "Termal Kür Merkezi veya Kaplıca Tedavi Merkezi" denilmektedir (Gülen, Demirci, 2012: 53).

Anadolu'da termal kaynakların kullanımı ise Hititler dönemine uzanmaktadır. Roma İmparatorluğu Dönemi'nden kalan kaplıca ve hamam kalıntıları yoluyla Anadolu'da termal suların yararlanıldığı bilinmektedir. Anadolu'da da Avrupa ile paralel olarak Orta Çağ'da kaplıcalara gereken önem verilmemiş, fakat Osmanlı Dönemi'nde termal sulara ilgi yeniden artmıştır. Osmanlı Devleti'nin gerileme döneminde gereken önem verilmeyen kaplıcalar Cumhuriyet Dönemi'nde Atatürk'ün çabaları sonucu gerekli çalışmalar yapılmıştır (Tengilimoğlu, 2013: 85).

Türkiye Jeotermal kaynaklar açısından Dünya çapında bir potansiyele sahip olup, Avrupa'da ise kaynak potansiyeli açısından birinci, kaplıca uygulamaları konusunda ise üçüncü sırada bulunmaktadır. Kaynak zenginliği ve potansiyeli açısından değerlendirildiğinde Türkiye, Dünyada ilk yedi ülke arasına girmektedir. Bu zenginliği ifade eden termal suların debi ve sıcaklıkları ile fiziksel ve kimyasal özellikleridir. Türkiye'de sıcaklıkları 20 °C – 110 °C arasında debileri ise 2-500 lt/sn arasında değişebilen 1500'ün üzerinde kaynak bulunmaktadır. İçeriği zengin olan bu kaynaklar, Avrupa'daki termal sularla karşılaştırıldığında daha üstün nitelikler taşımaktadır. Türkiye'deki kaynakların büyük bir kısmının doğal bir çıkışa sahip, kür

tedavisi için gerekli olan eriyik maden değeri yüksek, kükürt, radon ve tuz bakımından zengin olması, kür sezonunun uzun olması ve kaynakların bulunduğu bölgelerin iklimsel özelliklerinin uygunluğu gibi faktörler, bu kaynakların Avrupa'da ki kaynaklara göre avantajlarını ortaya çıkarmaktadır (Gülen, Demirci, 2012: 55).

Kaplıca; güzel bir Türkçe sözcük, kapalı ılıcdan türemiş. Doğal sıcak suların ılıcaların, özellikle sağlık amaçlı kullanıldığı "yöre" veya "yapıları" tanımlıyor. İngilizcedeki tam karşılığı "SPA". Ancak, hemen tüm dünya dillerinde kullanılan Latince kaynaklı "termal" sözcüğü de aynı anlamı veriyor. Bu sözcük, bir dünya imparatorluğu olan Roma'nın, hakim olduğu tüm topraklarda inşa ettiği görkemli "thermae"lerden geliyor ve sağlık rekreasyon amaçlı doğal sıcak su kullanımını ifade ediyor. Yine bir dünya imparatorluğu olan Osmanlı, bu doğal sıcak su kullanım geleneğini geliştirerek sürdürmüş ve egemenlik alanlarına tıpkı Romalılar gibi yaymış. Roma hamamları ve Türk hamamları da bu kullanımın tipik örneklerini temsil ediyor. Roma'nın thermae'leri ve Osmanlı'nın kaplıcaları Asya, Afrika ve Avrupa'da halen yaşıyor (Swan, 2007: 6).

İnsanların yüzyıllardır çeşitli rahatsızlıklarını gidermek için termal su kaynaklarından yararlanma düşüncesi gelenek haline gelmiş olup, bugün daha çağdaş ve tıbben uygun ortamlarda sürdürülen bu gelenek milyonlarca insanı sağlık turizmi bakımından ilgilendirmektedir. Termal Turizm, mineralize termal sular ile çamurların, kaynağın yöresindeki çevre ve iklim faktörleri birleşiminde, insan sağlığına olumlu katkı sağlamak üzere, uzman hekim denetim ve programında; fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerle koordineli kür uygulamaları için yapılan turizm hareketidir (Tengilimoğlu, 2013: 61).

Termal turizm, jeotermal tesislerden yararlanmak amacıyla yapılan seyahatlerdir. Bu seyahatler iki türlü olabilmektedir.

- 1- Tedavi Amaçlı Termal Turizm; ülkesinde tabipler tarafından teşhisi ve endikasyonu konmuş, tıbbi olarak gerekliliği raporla belirlenmiş hastalıkların tedavisi için bir ülkeden diğer ülkeye gidilmesidir.
- 2- Turistlerin bir kısmının (özellikle yaşlı kesimi) jeotermal kaynaklarından dinlenme amaçlı faydalanmalarını kapsar. Burada kaplıcanın bulunduğu tabiat, jeotermalin kalitesi ve lüks ortamı çok önem arz edecektir. Asıl amaç dinlenme ve eğlence, ikinci amaç rahatlama ve iyilik halini elde

etmektedir (Ülkemizde yaygın olan şekil de budur) (Gülen, Demirci, 2012: 54).

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu içme inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları için meydana gelen turizm hareketi olarak tanımlanır. Bu uygulamaların yapıldığı tesislere ise Termal Kür Merkezi veya Kaplıca Tedavi Merkezi denilmektedir. Sağlık nedeni ile turizme katılma aşığıda belirtilen biçimlerin doğmasına neden olmuştur.

Klimatizm; açık ve temiz havanın şifa verici etkisinden yararlanmak için, dağ istasyonlarında ve deniz kenarlarında uygulanan bir tedavi yöntemidir.

Üvalizm; bazı yörelerin belli başlı ürünü olan meyve ve sebzelerle yapılan kür (tedavi) yöntemi ya da bu ürünlerin kullanımının, bundan hoşlananlara sunulmasıdır.

Termalizm; kaplıca, ılıca, içmeler gibi şifalı doğal su kaynaklarının sağlık kurallarına uygun bir biçimde tedavi aracı olarak kullanılmasıdır. Türkiye’de uygulanan termal turizm uygulamalarını şu şekilde sıralayabiliriz.

- **Kür:** Tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.
- **Kaplıca Tedavisi:** Toprak, yer altı ve deniz kaynaklı mineralli sular, gazlar, peloidler (çamurlar) ve iklimsel unsurlar gibi doğal tedavi unsurlarının yöredeki iklim olanakları ve gerekli görülen diğer tedaviler ile birlikte kür tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.
- **Balneoterapi:** Termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı kullanılmasıdır.
- **İnhalasyon Uygulamaları:** Termomineral su zerrecikleri ile yapılan soluma uygulamalarıdır.
- **İçme Kürleri:** Mineral sular ile kaplıcalarda ya da yaşanan yerlerde yapılan içme kürleridir.
- **Peloidterapi:** Doğal, jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve/veya inorganik maddeler olan peloidlerin bir Balneoterapi yöntemi olarak kullanılması olarak bilinmektedir

- **Klimaterapi:** Hava sıcaklığı, nem, rüzgar şiddeti ve hızı, güneş ısınımı ve benzeri iklimsel faktörlerin sistematik ve dozlaşmış kür tarzında uygulanmasıdır.
- **Talassoterapi:** Termomineral sular ile yapılan yıkama, duş ve dökme gibi uygulamalardır. Ayrıca, her birey için özel olarak düzenlenen ve ideal olarak amaca uygun inşa edilmiş havuzlarda gerçekleştirilen, sinir kas-iskelet sistemiyle ilgili fonksiyonları geliştirme iyileştirme amaçlı bir havuz tedavi programı olarak da tanımlanmaktadır.
- **Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon:** Kaplıca tedavisinde kullanılan elektro terapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.
- **Medikal Tedavi:** Kaplıca Tedavisi sırasında hastaya lokal veya sistemik olarak uygulanan ilaç tedavi yöntemidir.
- **Destek Uygulamalar:** Sağlık eğitimi, diyet uygulamaları, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, davranış değişikliği eğitimleri ve psikolojik destek yöntemleridir (Özsarı, Karatana, 2013: 138-139).

2.5.3. Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi

Yaşlılık doğal bir süreç olmakla beraber konu ile ilgili farklı terimler vardır. Sosyal anlamda yaşlılık insanın bağımsız konumdan bağımlı konuma geçmesidir. Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından ise insanın çalışma hayatındaki verimliliğinin azalması ve emekli olduğu dönemdir. 65 yaş üzerindeki kişiler iki grupta değerlendirilebilirler; kariyeri olan, üreten, sağlıklı ve aktif bir emeklilik yaşayan, bakıma veya desteğe ihtiyacı olan yakınlarıyla ilgilenen yaşlılar ve bizzat bakıma ve desteğe ihtiyacı olan yaşlılar. Bu nedenle yaşlıların gereksinimlerini ve yapılacak müdahalelere verecekleri yanıtların benzer olması beklenmemektedir (Tengilimoğlu, 2013: 124).

Engellilik kavramı; bireyin bir veya daha fazla ana yaşamsal aktivitesini büyük ölçüde sınırlayan fiziksel veya zihinsel bozukluğu, bu tarz bir bozukluğun kaydını veya bu tarz bir bozukluğu olduğu kabul edilenleri karşılamaktadır. İnsanlar doğuştan gelen bir bozukluk sebebiyle engelli olmasalar da her an doğal afetler, trafik ve iş kazaları, terör eylemleri gibi nedenler sonucunda engelli olabilirler.

Aslında bedensel veya ruhsal bütünlüğü, geçici veya daimi olarak, doğuştan veya yaşlılık nedeniyle azalmış olan kişi “engelli” dir, yaşadığı toplumun gerekleriyle uyuşamayan insan “engelli insan”dır (Zengin, Eryılmaz, 2013: 52).

Tanım olarak bakıma muhtaçlık, kişinin bedensel hareket edebilirliğinin engellenmesi veya kısıtlanması sonucunda gerek beden temizliği, gerek beslenme, gerekse ev idaresinde değişik yoğunlukla bir bakıcının düzenli bakımına ihtiyaç duyma halidir. Dolayısıyla bakıma muhtaç bir kişi, günlük hayatta her zaman yapılması gereken bazı basit bedeni hareketlerin yerine getirilmesinde (giyinme, yeme içme, beden temizliği, tuvalet ihtiyacını giderme, alış veriş vb.) başkalarının fiziki-bedeni yardımına ve desteğine sürekli olarak ihtiyaç duyan insandır. Yani hayatın idamesi için yapılması zaruri olan temel iş ve görevleri, kendi kendine yapma kabiliyetine ve gücüne sahip olmayan herhangi bir insan, bakıma muhtaçtır (Tengilimoğlu, 2013: 65-66).

Avrupa Birliği İstatistik Kurumu EUROSTAT tarafından yayınlanan verilere göre, Avrupa’da toplam 50 milyon engelli bulunmaktadır. Avrupa’da her yıl 8 milyon engelli en az bir kez yurtdışı seyahate çıkmakta, 15 milyon engelli kendi ülkesinde seyahat etmekte, 22 milyon engelli günübirlik turizm faaliyeti gerçekleştirebilmektedir. Bu turizm aktivitesinin engellinin yanında en az bir refakatçi ile gerçekleştirildiği göz önüne alındığında, engellilerin 35 milyon seyahat ve 630 milyon geceleme ürettiği ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde “engelli turizmi” henüz çok yeni ve az bilinen bir kavramdır. Özellikle son yıllarda engellileri topluma kazandırmak, karşılaştıkları engelleri ortadan kaldırmak ve çağdaş toplumları yakalayabilmek için çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik ile konaklama işletmelerinin engellilere yönelik fiziksel düzenleme yapmaları zorunlu hale getirilmiştir (Zengin, Eryılmaz, 2013: 52).

Gelişmiş ülkelerde, sağlık koşullarının iyileşmesi ile birlikte insan ömrü uzamış; bunun sonucunda 65 ve daha yukarı yaştakilerin toplumdaki oranları yükselmiştir. Yine sağlık hizmetlerindeki gelişmeler nedeniyle, bu yaş kesiminde çeşitli hastalıkların oranı azalmış; daha etkin, dinamik canlı bir yaşlı nüfus olmuştur. Bu insanların emekli olmaları nedeniyle ellerinde bol özgür zamanları bulunduğu ve emeklilere tanınan haklar sonucunda yeterli gelirleri olduğundan,

turizm sektörü için gittikçe artan bir müşteri potansiyeli oluşmaktadır. Özellikle mevsim dışı turizm olanakları, ucuzluğu nedeniyle bu kesim için çekici olmaktadır. Böylece yaşlıların yaşam biçimi ve gereksinimlerine yanıt veren değişik bir turizm türü orta çıkmaktadır. Bu turistler, çalışma döneminde elde edemedikleri doyumları sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle, üçüncü yaş turizmi, bir edilgen dinlenme yaşamından çok; etkin, insanı geliştirici, yaşamı renklendirici bir etkinlik olma eğilimi taşımaktadır (Gülen, Demirci, 2012: 80).

Dünyanın en büyük azınlığı olan engelliler aynı zamanda dünyanın en büyük özel pazarını da meydana getirmektedir. Bu pazarın en önemli hedeflerinden birisi ise; engelli turizmidir. Engelli turizmi, tüm dünyadaki engelli sayısının fazlalığı ve bu kişilerin genellikle tek başlarına değil yanlarında refakatçi veya refakatçileriyle seyahat ettikleri düşünüldüğünde turizm işletmeleri için çok değerli bir pazar anlamına gelmektedir. Konunun insan hakları ve yasal yaptırım boyutlarının yanı sıra turizm endüstrisi üzerinde bir topluluk etkisi olduğundan da söz edilebilir. Engelli insanların da tıpkı engelsiz müşteriler gibi aileleri, iş ve sosyal hayatta arkadaşları vardır. Turizm tesislerine ve hizmetlere erişmedeki yetersizlik durumunun çarpan etkisi; engelli bireyle birlikte kendisine eşlik eden bireyleri de etkilemesidir. Engelli müşterilere hizmet vermediklerini belirten bir tesis yönetimi aslında benzer hizmetler talep eden küçük çocuklu ailelerin ve diğer müşterilerin oluşturduğu büyük bir pazarın varlığını göz ardı etmiş olur (Zengin, Eryılmaz, 2013: 55).

Engellilerin seyahat etmek istemeleri halinde üç olasılıktan birini seçmeleri gerekmektedir. Birincisi; herhangi bir seyahat acentesine başvurmak, ikincisi; engellilere yönelik çalışan bir seyahat acentesini araştırmak, üçüncüsü ise engelli turistler için hazırlanmış rehber kitaplardan yararlanarak bağımsız bir seyahat planı yapmaktır. Engelliler açısından her üç seçenek içinde avantaj ve dezavantajlardan söz etmek mümkündür (Tengilimoğlu, 2013: 138).

Türkiye için “Engelli Turizmi” kavramı yeni ortaya çıkmaya başlayan bir olgudur. Engellilerin hakları olmasına rağmen sosyal yaşama yeterli ölçüde katılmamalarına paralel olarak turizm aktivitelerinden yararlanmaları da istenilen seviyede olmamıştır. Ancak son yıllarda engellilerin sosyal yaşama katılımlarını artıracak çalışmaların bir uzantısı olarak turizm alanında da bir takım gelişmeler görülmektedir. Ülkemizde çoğunlukla Türkiye Sakatlar Derneği öncülüğünde ve bazı

yerel yönetimler tarafından organize edilen alternatif kamp seçenekleri ile engelliler için düzenlenen çeşitli gezi aktiviteleri her ne kadar organizasyon eksiklikleri ve yetersizlikler var olsa da engellilerin tatil ihtiyaçlarını gidermek için iyi niyetli girişimler olarak sayılabilir (Zengin, Eryılmaz, 2013: 56).

Dünyada 600 milyondan fazla fiziksel ya da engelli insan yaşamaktadır. Avrupa, A.B.D., Çin gibi ülkelerdeki engelli insan sayısı düşünüldüğünde “engelli turizmi”, turizm sektörünün en özel ve dikkat çekici pazarıdır. Gelişmiş ülkelerde engellilere yönelik yapılan yasal düzenlemelerle, ekonomik ve sosyal açıdan rahatlayan engelliler, daha sık seyahat ederek, turistik hizmetlerden daha çok faydalanır hale gelmiştir. Türkiye’nin engelli turizmine yönelik hedefi; engellilerin, engelsiz bir şekilde turizm hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktır. Bu hedefle ilgili olarak yapılması gerekenler;

- Ulaşım araçlarının engellilerin kullanabileceği şekilde tasarlanması,
- Şehirlerin turistik merkezlerinin, müze ve tarihi yerlerinin engellilere uygun şekilde dizayn edilmesi (engellilerin kullanabileceği WC’lerin olması, rampaların uygun şekilde yapılması, vb gibi),
- Yolların ve kaldırımların engellilerin kullanabileceği biçimde yapılması,
- Turistlere de hizmet veren hastane, banka gibi binalarda engellilere yönelik gereken düzenlemelerin yapılması,
- Otel işletmelerinde, engellilere yönelik genel hizmet alanlarının ve odaların düzenlenmesi, oda sayısının yeterli olmasını sağlamak,
- “Engelli Turizmi” pazarında, hedef pazarların istek ve ihtiyaçlarına yönelik ürün geliştirmek, pazarlamak,
- Kültür ve Turizm Bakanlığı’nın bu konuya yönelik yasal düzenlemeleri yapması, denetimleri sağlaması,
- Yalnızca engellilere yönelik hizmet veren işletmelere özel yatırım teşvikleri verilebilir (Tengilimoğlu, 2013: 66-67).

2.5.4. SPA ve Wellness

Spa, *salus per aquam* (suyla gelen sağlık) deyişinin kısaltılmasıdır. Spalar, başka bir deyişle kaplıcalar, hidrotermal suların çıkış yerlerinde oluşurlar ve insan

organizmasının yenilenmesi ve iyileşmesi için balneolojik amaçlarla kullanılmaktadırlar. Bu kullanım şekli daha sonraları spa turizmini ortaya çıkarmıştır (Tengilimoğlu, 2013: 73).

Günümüzde birçok insan eskiye oranla daha uzun yaşıyor. Artık daha güçlü bir anatomiye sahip olan nesillerin koltuk değneği kullanmaya veya kalan yıllarını televizyon karşısında geçirmeye pek niyeti yok. Uzun yıllar yaşamaktan ziyade, yaşamlarını üretkenlik içinde geçirmeyi tercih ediyorlar. Birçok yaşlı insan da hala aktif, dinamik ve yaş sınırlarından kurtulmuş durumda. İşte bu noktada, yaşlanmayı geciktirme ve genç bir zihne sahip olabilme alanında sağladığı faydalarla termal terapiler ön plana çıkıyor (Swan, 2007: 24).

Wellness; akıl, vücut, ruh ve ilişkilerde iyi ve zinde olmayı ifade etmektedir. İnsanın kendisini ruhsal, bedensel, zihinsel ve ilişkisel olarak iyi ve zinde hissetmesini sağlayan her türlü masaj, cilt bakımı, çamur ve yosun banyoları, küvet bakımları, doğa ve doğal ürünlerle sağlıklı yaşam yöntemleri ile yapılan vücut bakımları Wellness kapsamına girmektedir. Wellness sektörü suyun iyileştirici özelliklerini diğer bakım ve terapilerle zenginleştiren Spa Merkezlerinin yanı sıra, kaynak sularının iyileştirici vasıflarını misafirlerine sunan termal Spa merkezleri ve deniz suyunun önleyici ve tedavi edici özellikleri ile bakımlarını bütünleştiren thallasoterapi-talassoterapi merkezlerinden oluşmaktadır. Wellness yalnızca yaşlanan nüfusa dayalı olarak değil artık Wellness'ın bir bakış açısı ve yaşam tarzı olarak benimsenmesine dayalı olarak gelişme göstermektedir (Gülen, Demirci, 2012: 78).

Wellness turizmi, bilinçli tüketicilerin tatilleri boyunca genel iyilik durumlarını en üst seviyeye çıkarmak için yaptıkları bir sağlık arayışıdır ve bu durum şimdilerde uluslar arası bir eğilim haline gelmiştir. Bu tarz tüketicilerin arayışları, daha iyi görünmek ve daha iyi hissetmek, kilo vermek, yaşlanmayı yavaşlatmak, ağrı ya da sıkıntıları azaltmak, stresi kontrol altına almak ya da sağlıklarını iyileştirmek için doğal vitamin benzeri preparatlar ile minerallerin kullanımını kabul etme üzerine yönelmiştir. Pazarlama araştırmaları, ortalama üç ile beş yıldızlı otellerin oldukça kapsamlı wellness hizmetlerini sunduğunu göstermektedir. Bu yüzden wellness otelleri sağlık bilgisi, kişisel bakım ve geniş alanda rahatlama programları konusunda özelleşmek durumundadırlar. Bir otelin aynı zamanda kür ve wellness misafirlerini ağırlamasına rağmen bu iki alan pazarlama stratejisini belirlerken ayrı ayrı ele

alınmalıdır. Wellness'in sadece sağlıklı kişiler tarafından takip edildiği varsayılır ve burada asıl amaç sağlık risklerine karşı koruma altında olmaktır. Kür tedavisi misafirleri hastalıklarının tedavi edilmesini amaçlar (Güleç, 2011: 9).

Diğer yandan, son zamanlarda yabancı bir sözcük ya da kavram yaygınlaştı; “spa” ya da daha sık kullanıldığı şekliyle “SPA”. Spa İngilizce bir sözcük ve tam karşılığı kaplıcadır. Wallon (eski Belçika) dilinde çeşme anlamındaki “espa”dan türemiş ve 15.yy’da spaw şeklinde İngilizce’ye girmiştir. Bugün Belçika’da Spa adındaki kaplıca kasabasından kaynaklanmıştır. Daha önceleri İngilizce’de “bath” sözcüğü aynı anlamda kullanılıyordu. Belçika’daki bu kasaba spa sözcüğünü sadece kendisi kullanmak istediğinden tescilleyerek markası haline getirmiştir, kullananlara karşı mahkemelere başvurmuştur. Bu şekilde, yöre ve tesislerin özellikle Avrupa’da bu sözcüğü kullanmaları engellenmeye çalışılmıştır. Bu arada SPA akronimi türetilmiştir. SPA’nın Latince “Salus Per Aquas” (“Su ile Sağlık”) deyiminin baş harflerinden oluştuğu öne sürülmüş, bu açıklama hemen kabul görüp çok hızlı yaygınlaşmıştır. Giderek bu sözcük, klasik ve geleneksel Avrupa kaplıcalarına alternatif Kuzey Amerika’dan gelen bir “kaplıca” kavramını karşılar olmuştur. Burada doğal kaplıca ortamlarından ziyade şehirlerde kurulan tesisler söz konusudur. Doğal balneolojik kaynaklar yerine normal çeşme suyu ve paketlenmiş SPA ürünleri (çamur, yosun ve mineral tuzları gibi) kullanılmaktadır. Burada tedavi ve sağlıklı olmadan çok güzellik ve bakım ön plana çıkmaktadır. SPA kavramı wellness kavramını (ki bu sözcük de wellbeing ile fitness sözcüklerinden türetilmiş yapay bir sözcüktür) ikizi olarak yanına almış, klasik ve geleneksel kaplıca tesislerine kadar yayılmıştır. Burada söz konusu düz su ile sağlıktır ama daha çok güzellik, estetik, vücut ve cilt bakımları ağırlık kazanmıştır. Ayrıca, geleneksel kaplıca kullanımlarına eşlik eden masaj, egzersiz, diyet, sağlık eğitimi ve benzeri uygulamalar genellikle korunurken, bunlara egzotik alternatif doğu tıbbi uygulamaları da eklenmiştir (Karagülle, 2008: 225)

Her türlü su ve çamur uygulaması, masaj, aroma terapi, yosun tedavisi, deniz suyu tedavisi spa kapsamına girmektedir. Uluslararası Spa Birliği (ISPA), bir spa deneyiminde olması gereken ana öğeleri şöyle sıralamaktadır.

- Rahatlama (stres yönetimi, vb.)
- Derin düşünce (meditasyon, v.b.)

- Yenilenme (enerji kazanma, gençleşme, v.b.)
- Keyif (mutluluk, v.b.)

Spa endüstrisi incelendiğinde, bir spa deneyiminin sadece termal sulardan ya da masaj uygulamalarından ibaret olmadığı anlaşılacaktır. ISPA'nın 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada, spa deneyiminin şunları kapsadığı konmuştur.

- Sular
- Yemek, beslenme, diyet ve gıda alımı
- Hareket etme, egzersiz ve fitness
- Dokunma ve masaj
- Akıl/vücut/ruh
- Estetik, cilt bakımı, doğal güzellik
- Fiziksel alan, klimatoloji, küresel ekoloji
- Sosyal/kültürel sanatlar ve değerler, spa kültürü
- Yönetim, pazarlama ve operasyonlar
- Zaman, ritim ve dönüşümler

Yukarıda sıralanan farklı tanımlara bakıldığında termal turizmin kendi içerisinde de bir terminolojisi olduğu ve bir alanın termal turizm kapsamında ele alınabilmesi için çeşitli özelliklere sahip olması gerektiği de anlaşılabilir (Tengilimoğlu, 2013: 73-74).

Bin dokuz yüzlü yılların bir olgusu olarak, özellikle gelişmiş toplumlarda ortaya çıkan ileri yaşlılık, iki binli yıllarda gelişmekte olan toplumların da gündemindedir. 4 Artık yaşlılık, yalnızca klasik tıp ve kozmetolojinin değil politik ve sosyal bilimlerin de uğraş alanları içerisinde. 5 İleri yaşlı nüfusun yükselen oranı, yalnızca yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları ile daha etkin mücadele etme gereğini değil, yaşlı sağlığını koruma ve "sağlıklı" bir yaşlanmayı sağlama gibi görevleri de gündeme getirmiştir.

Sözcük anlamı banyo bilimi olan balneoloji, yer altı, toprak, su ve iklim kaynaklı doğal terapötik faktörlerin bilimi olarak tanımlanabilir. 1 Doğal şifalı sular, çamurlar ve iklimsel faktörler gibi doğal terapötik kaynakları fiziksel, kimyasal, biyolojik, jeolojik, hidrolojik, ekolojik ve medikal yönden inceler. Bu nedenle fizik, kimya, biyoloji, hidroloji, jeoloji, klimatoloji ve tıp gibi değişik bilim dallarını bünyesinde toplayan interdisipliner bir alandır Kaplıca tedavisi termal ve mineralli,

“şifalı” suların başta banyo şeklinde, doğal olarak yeryüzüne çıktıkları yerler olan kaplıçalarda değişik hastalıkların tedavisinde sezgisel kullanılmasıyla gelişen ve gelenekselleşerek günümüze kadar ulaşan bir tedavi yöntemidir. 1 Kaplıca tedavisinin özgün yöntemi olan balneoterapi ise, termal ve/veya mineralli suların, peolidlerin ve gazların, yöntem ve dozları belirlenmiş, banyo, paket, içme ve inhalasyon uygulamaları şeklinde, düzenli aralıklarla seri halde tekrarlanarak kullanılmasıyla, belirli bir zaman da ve kür tarzında gerçekleştirilen bir uyum-uyum tedavisidir. 1,2 Balneoterapinin en yaygın kullanılan yöntemi banyo uygulamalarıdır. Balneoterapi kaplıca suyunda (termal ve mineralli suda) daha çok omuz hizasında pasif immersion biçiminde, genellikle de termal ve hipertermal sıcaklıklarda yapılır. 1-3 Kişi banyo sırasında hareketsiz kalsa da aslında bir dizi etken organizma üzerinde önemli sonuçlara yol açacak tarzda etki gösterir (Karagülle, 2008: 225-226).

Balneoterapi Birimleri;

- Genel yüzme havuzu (Banyo- hareketli havuz)
- Tedavi havuzu
- Özel tedavi banyoları
- Genel banyo havuzları
- Masaj duşları (normal, jet, yatay, yatay basınçlı duşlar)
- Masaj birimleri (genel, kısmi, sualtı masajı)
- Çamur küvetleri
- Buhar banyosu
- Gaz banyosu
- İçme kürü
- İnhalasyon
- Deri altı enjeksiyonu
- Elektro-palvane banyo
- Sauna
- Türk hamamı (Tengilimoğlu, 2013: 80)

Uluslar arası SPA Birliğinin (ISPA) yapmış olduğu ayrıma göre tüm Spa’lar 7 kategoriye ayrılmaktadır:

- **Destinasyon Spa:** Bu Spa’ların ana varlık nedenleri misafirlerinin yaşam stillerini ve sağlıklarını, profesyonelce yönetilen Spa hizmetleri, fiziksel

aktiviteler, yeni ve öğretici programlar ile geliştirmek ve bu süre zarfında da misafirlerine konforlu konaklama imkanlarını sağlamaktır.

- **Medikal Spa:** B Spa'ların amacı öncelikle geniş kapsamlı sağlık ve Wellness bakımlarını, geleneksel Spa hizmetleri ve tamamlayıcı tedavilerin bütünleştirdiği bir ortamda olup tıbbi Spa profesyonelleri tarafından verilen uygulamaları da kapsar. Bu tür Spa'larda da konaklama imkanları beraberinde mevcuttur.
- **Day Spa:** Bu Spa'larda profesyonel spa hizmetleri günlük ve konaklamasız hizmetler olarak sunulmaktadır.
- **Resort/Hotel Spa:** Şehir veya resort otellerinin içinde yer alan bu tip Spa'lar profesyonel kişilerce verilen Spa hizmetleri ile fitness ve wellness aktivitelerini de sağlayan merkezlerdir.
- **Mineral Kaplıca Spa:** Kaynağından alınarak kullanılan doğal mineral, termal su veya deniz suyu ile yapılan Wellness-Spa hizmetlerini ve hidroterapi uygulamalarını kapsar.
- **Klüp Spa:** Bu tür merkezlerde fitness ana ağırlıklı olup ayrıca misafirlerine günlük olarak bazı Spa hizmetlerini sunabilen yerlerdir.
- **Kruvaziyer Gemi Spa:** Bu tür Spa'lar kruvaziyer gemilerinde yer alan merkezler olup misafirlerine profesyoneller tarafından verilen Spa hizmetlerini, fitness aktivitelerini, Wellness bakım ve masajlarını ve gerekirse Spa mutfağını da sunabilen yerlerdir.(Gülen, Demirci, 2011: 79)

3. BÖLÜM

BAKİMEVİNDE KALAN YAŞLILARIN SOSYOKÜLTÜREL VE MANEVİ İHTİYAÇLARININ KARŞILANMA DÜZEYLERİ İLE İLGİLİ ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmanın Konusu

Aile işlevlerinde ve yapılarında meydana gelen değişimler, yaşlı kişilerin yaşamlarını zorlaştırarak, ihtiyaçlarını arttırmıştır. Aile içinde karşılanan ihtiyaçlar, zamanla karşılanamaz olup, aile dışındaki kurumlardan karşılanır olmuştur. Çevresel faktörleri değişen yaşlı bireyin, yeni bir çevreye, koşullara alışması ve kabullenmesi ona zorluklar yaşatmaktadır.

Bakım evi gibi kurumlarda yaşayan yaşlıların sevdiklerinden uzak olmaları, yeni bir çevrede yaşamaları, yaşadıkları kurumda kurdukları ilişkiler, bakan kişilerden memnuniyet durumu, mutlu olup olmadıkları konusunda yapılan çalışmalar, bu araştırmanın genel amacını oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, yaşlı bakım evinde kalan yaşlı bireylerin, kaldıkları bakım evi tarafından sosyokültürel ve manevi ihtiyaçlarının ne oranda karşılanmakta ve bu ihtiyaçların ne oranda karşılandığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yöntemleri

Bu araştırma “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009,s.77).

Araştırmanın evrenini Kumburgaz ve Beylikdüzü’ndeki bakımevlerinde bulunan psikiyatrik rahatsızlığı olmayan yaşlılar oluşturmaktadır. Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır(Salant ve Dillman, 1994, s. 55).

formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 162$ olarak hesaplanmıştır.

Bu araştırmanın yöntemi, durum tespit etmeye yönelik bir araştırma olup, araştırmada veri toplama aracı olarak anket uygulanmıştır. Toplam 26 adet soru sorulmuştur. Manevi ve sosyokültürel sorulardan oluşmuştur. Bu sorular, ihtiyaçların karşılanma düzeylerinin tespiti ile ilgili sorulardır. Araştırma İstanbul'da yapılmıştır. İki ayrı bakım evinde kalan, yaşlılardan oluşmuştur. Toplam 200 yaşlıdan 179 kişi ile çalışılmıştır. Yaşlılarımızın, çeşitli rahatsızlıklarından dolayı (Demans, alzheimer, vb.) 21 yaşlıya uygulanamamıştır, sağlıklı cevaplar alınamadığından dolayı. Yaşlı bakım evinin bir tanesi şehir merkezine yakın bir konumda, apartmandan oluşmaktadır. İki kişinin, üç kişinin, dört kişinin kaldığı odalardan oluşmaktadır. Herkesin televizyon seyrettiği, sohbet ettiği, bir adet salonları olan ve küçük bir bahçesi olan bakım evidir. Diğer yaşlı bakım evi ise şehir merkezinden uzak bir mesafede, villalardan oluşmaktadır. Bir kişinin kalabildiği, iki kişinin kalabildiği, villalardan oluşan, alan olarak daha geniş olan, bu bakım evinde odalarda da televizyon bulunmakta, kişi istediği zaman ortak alan olan salona gitmektedir. Bahçesi oldukça geniş olan bakım evinde, yürüyüş alanları bulunmaktadır.

179 kişiye uygulanan anket örnekleme tespit edilmedi, bütün evren kapsama alındı. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde kullanılmıştır. Gruplu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere ki-kare analizi

uygulanmıştır. Ki-kare analiz yöntemi frekans dağılımları üzerinden işlem yapan bir analiz yöntemidir. İki değişkenin birbirlerinden bağımsız olması aralarında bir ilişkinin bulunmadığı anlamına gelir. Ki-kare testi değişkenlerin bağımsızlığını ölçmede yaygın olarak kullanılır (http://www.istatistikanaliz.com/ki-kare_analiz_testi.asp). Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinden değerlendirilir.

3.4. Araştırmanın Bulguları ve Yorumları

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan yaşlıların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 3.1. Yaşlıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	110	61,5
	Erkek	69	38,5
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların cinsiyet değişkenine göre 110'u (%61,5) kadın, 69'u (%38,5) erkek olarak dağılmaktadır. Bakımevinde kalanların çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur.

Tablo 3.2. Yaşlıların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	65-69 Yaş Arası	13	7,3
	70-74 Yaş Arası	20	11,2
	75-79 Yaş Arası	83	46,4
	80 Ve üstü	63	35,2
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların yaş değişkenine göre 13'ü (%7,3) 65-69 yaş arası, 20'si (%11,2) 70-74 yaş arası, 83'ü (%46,4) 75-79 yaş arası, 63'ü (%35,2) 80 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Bakımevinde 75 yaş ve 79 yaş aralığı kalanların çoğunluğunu temsil ediyor. 80 yaş ve üzeri onu takip ediyor. Yaş yükseldikçe bakımevinde kalma oranının yükseldiği görülmektedir.

Tablo 3.3. Yaşlıların Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Bekar	9	5,0
	Evli	11	6,1
	Dul Veya Boşanmış	159	88,8
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların medeni durum değişkenine göre 9'u (%5,0) Bekar, 11'i (%6,1) Evli, 159'u (%88,8) Dul veya Boşanmış olarak dağılmaktadır. Bakım evinde dul veya boşanmış olarak kalanlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu da yalnız başına yaşamının güçlüğünü göstermektedir.

Tablo 3.4. Yaşlıların Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu	Okur-yazar Değil	14	7,8
	Okur-yazar	23	12,8
	İlkokul Mezunu	42	23,5
	Ortaokul Mezunu	57	31,8
	Lise Mezunu	30	16,8
	Üniversite Mezunu	13	7,3
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların öğrenim durumu değişkenine göre 14'ü (%7,8) Okur-yazar değil, 23'ü (%12,8) Okur-yazar, 42'si (%23,5) İlkokul mezunu, 57'si (%31,8) Ortaokul mezunu, 30'u (%16,8) Lise mezunu, 13'ü (%7,3) Üniversite mezunu olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde, ortaokul ve ilkokul mezunu olanlarda kalma oranının daha fazla olduğu görülüyor. Lise ve Üniversite mezunlarında kalma oranı düşmüştür. Buradan da kesin olmamakla beraber, eğitim seviyesi yükseldikçe ayakta durabilmek, yalnız başına yaşayabilmek, kendi düzenini kurmak ve korumak daha imkan dahilinde olduğu görülüyor. Eğitim seviyesi düştükçe, gelir de azaldığından bakım evlerinde yaşaması veya yakınları tarafından bakım evlerine yerleştirilmesi daha kolay bir hal almaktadır.

Tablo 3.5. Yaşlıların Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek	Ev Hanımı	83	46,4
	Memur	25	14,0
	İşçi	26	14,5
	Esnaf Tüccar	12	6,7
	Serbest Meslek	14	7,8
	Çiftçi	7	3,9
	Mesleği Yok	7	3,9
	Diğer	5	2,8
	Toplam	179	100,0

yaşlıların kuruma yerleşmeden önceki meslek değişkenine göre 83'ü (%46,4) Ev Hanımı, 25'i (%14,0) Memur, 26'sı (%14,5) İşçi, 12'si (%6,7) Esnaf tüccar, 14'ü (%7,8) Serbest meslek, 7'si (%3,9) Çiftçi, 7'si (%3,9) Mesleği yok, 5'i (%2,8) Diğer olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalanların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu belirlemiştik. Kadınlarımız 40 – 50 sene önce günümüzde ki kadar çalışma hayatının içinde değildi. Dolayısıyla birikim, kadınlarda yaş faktörü göz önünde bulundurulduğunda karşımıza çalışmayan (ev hanımı) kadınlar çıkmaktadır.

Tablo 3.6. Yaşlıların Sosyal Güvence Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	36	20,1
	Ssk	90	50,3
	Bağkur	53	29,6
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların sosyal güvence değişkenine göre 36'sı (%20,1) Emekli Sandığı, 90'ı (%50,3) SSK, 53'ü (%29,6) Bağkur olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalanların çoğunluğunu Ssk' lıların oluşturduğu görülmektedir. Bakım evinin detaylı ve kişiye özel olmadığı, toplu barınma ve bakım yeri olduğundan, gelir düzeyi az veya orta seviyelerde olanların tercih ettiği görülmüştür. Kalan yaşlıların seçme kriterlerinin kısıtlı olduğu, gelir oranlarına göre kaldıkları yerler olmuş bakım evleri.

Tablo 3.7. Yaşlıların Aylık Gelir Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Aylık Gelir	250-750 TL Arası	3	1,7
	751-1250 TL Arası	47	26,3
	1251-1750 TL Arası	94	52,5
	1750 TL'den Fazla	35	19,6
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların aylık gelir değişkenine göre 3'ü (%1,7) 250-750 TL arası, 47'si (%26,3) 751-1250 TL arası, 94'ü (%52,5) 1251-1750 arası, 35'i (%19,6) 1750 den fazla olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların 1.251 – 1.750 TL arası aylık gelir düzeyinin olması %52.5 gibi oranda kalanları gösteriyor. Bu da çok pahalı olmayan, toplu bakımın olduğu kişisel bakımın olmadığı, gelir seviyelerine hitap eden yerlerde kaldıkları görülmektedir.

Tablo 3.8. Yaşlıların Kurumda Kaç yıldır kalındığı Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kurumda Kaç yıldır kalındığı	1 Yıla Kadar	83	46,4
	1-5 Yıl Arası	84	46,9
	6-10 Yıl Arası	12	6,7
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların kurumda kaç yıldır kalındığı değişkenine göre 83'ü (%46,4) 1 yıla kadar, 84'ü (%46,9) 1-5 yıl arası, 12'si (%6,7) 6-10 yıl arası olarak dağılmaktadır. Bakım evinde 1 – 5 yıl arasında kalanların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri arasında bu tip yerler daha yeni yeni çoğalmakta olup toplumun bakış açısının da değiştiği söylenebilir. Bu değişikliğin ana sebebinin mecburiyetten dolayı olduğu da göz ardı edilmemelidir.

Tablo 3.9. Yaşlıların Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı	Yalnız	29	16,2
	Eşimle	75	41,9
	Çocuklarımla	52	29,1
	Kardeşlerimle	10	5,6
	Akrabalarımla	13	7,3
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların kuruma gelmeden önce kiminle kalındığı değişkenine göre 29'u (%16,2) Yalnız, 75'i (%41,9) Eşimle, 52'si (%29,1) Çocuklarımla, 10'u (%5,6) Kardeşlerimle, 13'ü (%7,3) Akrabalarımla olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde, bakım evine gelmeden önce, en çok eşiyle veya eşlerden birisi yok ise o zaman çocuklarıyla kaldıkları görülmüştür. Eşlerden birisi vefat edince, yalnız kalan eş ya bakım evine geliyor ya da çocuklarıyla bir müddet kalıyor. Ama sonrasında bakım evine geldiği gözlenmiştir.

Tablo 3.10. Yaşlıların Fiziki Rahatsızlığın Olması Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Fiziki Rahatsızlığın Olması	Yok	135	75,4
	Var	44	24,6
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların fiziki rahatsızlığın olması değişkenine göre 135'i (%75,4) yok, 44'ü (%24,6) var olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalanların, fiziki rahatsızlığı olmayanlar olduğu görülmüştür. Zaten yürüyemeyen, yatalak yaşlı tercih edilmiyor mümkün olduğunca.

Tablo 3.11. Yaşlıların Psikolojik Rahatsızlığın Olması Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Psikolojik Rahatsızlığın Olması	Evet	159	88,8
	Bazen	20	11,2
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların psikolojik rahatsızlığın olması değişkenine göre 159'u (%88,8) Evet, 20'si (%11,2) Bazen olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çoğunluğunda psikolojik sıkıntılarının olduğu söylenmiştir. Bu da bunca yıl yaşanmışlıklar, hayatla mücadele, sorunlarla baş etme sonucunda yorgun yaşlılarımızın, psikolojik durumlarının çok da iyi olduğu düşünülmektedir. Günümüzde psikolojik sorunu olmayan kişi sayısının, az olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3.12. Yaşlıların Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılanma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılanma Durumu	Evet	96	53,6
	Bazen	78	43,6
	Hayır	5	2,8
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların sevgi ve ilgi ihtiyacının karşılanma durumu değişkenine göre 96'sı (%53,6) Evet, 78'i (%43,6) Bazen, 5'i (%2,8) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlılarımızın, sevgi ve ilgi ihtiyaçlarının çoğunluğunun karşılandığını, diğer çoğunluğunun ise bunun bazen karşılandığı görülmektedir. Kişiden kişiye değiştiği için sevgi ve ilgi ihtiyacı, herkesin ihtiyacının karşılanması beklenmemektedir.

Tablo 3.13. Yaşlıların Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması	Evet	54	30,2
	Bazen	104	58,1
	Hayır	21	11,7
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların hayatın anlamlı ve değerli olması değişkenine göre 54'ü (%30,2) Evet, 104'ü (%58,1) Bazen, 21'i (%11,7) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğu, hayatın anlamlı ve değerli olduğunu, maalesef ki bazen, değerli ve anlamlı buluyor. Buradan da, evinden, sevdiklerinden uzakta biraz içten içe kırgın ve umutsuzluk içinde olduklarını görmekteyiz.

Tablo 3.14. Yaşlıların Hüzün Ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hüzün ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma	Evet	92	51,4
	Bazen	79	44,1
	Hayır	8	4,5
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların hüzün ümitsizlik gibi olumsuz duygulara kapılma değişkenine göre 92'si (%51,4) Evet, 79'u (%44,1) Bazen, 8'i (%4,5) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlılar, hüzün ümitsizlik gibi olumsuz duygulara kapılmaya yarısından çoğu, evet kapılıyorum derken kalan çoğu ise bazen

kapılıyor demişler. Evinden, sevdiklerinden uzak ta, kalabalık içinde ama yalnız, yaşayan yaşlılar ümitsizlik ve hüzün duyguları ile iç içe yaşamaktadırlar.

Tablo 3.15. Yaşlıların Çocuk Olma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çocuk Olma Durumu	Evet	155	86,6
	Hayır	24	13,4
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların çocuk olma durumu değişkenine göre 155'i (%86,6) evet, 24'ü (%13,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğunun çocukları vardır. Çocuğu olmayanlar azınlıktadır. Ama çocuğunun olması durumu, onun çocuğunun yanında kalamıyor, gerçeğini de değiştirmemiştir.

Tablo 3.16. Yaşlıların Çocuklarının Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çocuklarının Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri	Haftada Bir	38	24,5
	Ayda Bir	38	24,5
	Özel Gün Ve Bayramlarda	20	12,9
	Diğer	59	38,1
	Toplam	155	100,0

Yaşlıların çocuklarının ne kadar zamanda ziyarete geldikleri değişkenine göre 38'i (%24,5) Haftada bir, 38'i (%24,5) Ayda bir, 20'si (%12,9) Özel gün ve bayramlarda, 59'u (%38,1) Diğer olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çocuklarının ziyarete gelmeleri değişkenlik gösteriyor. Büyük şehirlerde yaşamının zorluğu ulaşım, zaman sorunu gibi faktörler olunca, sonuçta kaçınılmaz oluyor. Çoğunluk kendi şartlarına göre, ziyaret edebiliyor yaşlılarını.

Tablo 3.17. Yaşlıların Yakınların Akrabaların Ziyarete Gelme Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yakınların Akrabaların Ziyarete Gelme Durumu	Evet	121	67,6
	Hayır	58	32,4
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların yakınların akrabaların ziyarete gelme durumu değişkenine göre 121'i (%67,6) evet, 58'i (%32,4) hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlılarımızın yakınları, akrabaları çoğunluğu ziyarete gelerek, yaşlıları mutlu ettikleri görülmüştür.

Tablo 3.18. Yaşlıların Yakınların Akrabaların Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yakınların Akrabaların Ne Kadar Zamanda Ziyarete Geldikleri	Haftada Bir	11	9,1
	Ayda Bir	26	21,5
	Özel Gün Ve Bayramlarda	44	36,4
	Diğer	40	33,1
	Toplam	121	100,0

Yaşlıların yakınların akrabaların ne kadar zamanda ziyarete geldikleri değişkenine göre 11'i (%9,1) Haftada bir, 26'sı (%21,5) Ayda bir, 44'ü (%36,4) Özel gün ve bayramlarda, 40'ı (%33,1) Diğer olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların yakınları, akrabaları ziyarete genelde özel gün ve bayramlarda geliyorlar. İş hayatının koşuşturmasında, mesafelerin uzaklığı, trafik faktörü de eklenince ancak tatil olan bayram ve özel günlerde ziyareti mümkün kılabiliyor. İyi ki bayramlar var ve iyi ki hala kutlayanlar da var.

Tablo 3.19. Yaşlıların Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu	Kurumu Kendi Evim Gibi Hissediyorum.	96	53,6
	Kalacak Başka Yerim Olmadığı İçin Mecburen Kalıyorum.	56	31,3
	İsteyerek Kalmıyorum.	27	15,1
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların kuruma karşı bağımlılık durumu değişkenine göre 96'sı (%53,6) Kurumu kendi evim gibi hissediyorum., 56'sı (%31,3) Kalacak başka yerim olmadığı için mecburen kalıyorum., 27'si (%15,1) İsteyerek kalmıyorum. olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğu kendi evim gibi hissediyorum diyor ama bu konuda daha detaylı araştırma yapmak gerekiyor. Bu soruya objektif cevap verilmediği düşünülmektedir. Çok severek kalmadıkları gözlenmiştir. Bir kısım ise objektif cevap vererek, kalacak başka yerim olmadığı için mecburen kalıyorum demişlerdir. İnsanın canını acıtan bir cevap ama doğru maalesef...

Tablo 3.20. Yaşlıların Kurumda Yapılan Sosyal Etkinliklerden Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kurumda Yapılan Sosyal Etkinliklerden Memnuniyet	Evet	164	91,6
	Hayır	15	8,4
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların kurumda yapılan sosyal etkinliklerden memnuniyet değişkenine göre 164'ü (%91,6) evet, 15'i (%8,4) hayır olarak dağılmaktadır. Bakım evinde kalan, yaşlıların büyük çoğunluğu yapılan sosyal etkinliklerden memnunum demiş. Onları monotonluktan kurtaran sosyal etkinlikler (piknik, tiyatro gibi) onları keyiflendirdiği gözlenmiştir.

Tablo 3.21. Yaşlıların Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet	Evet	96	53,6
	Bazen	76	42,5
	Hayır	7	3,9
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların kurumdaki sosyal arkadaşlık ilişkilerinden memnuniyet değişkenine göre 96'sı (%53,6) Evet, 76'sı (%42,5) Bazen, 7'si (%3,9) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çoğu, arkadaşlık ilişkilerinden memnunum demiş, diğer çoğunluk ise bazen tanımlamasını kullanmış. Çeşitli yerlerden gelen, birbirlerini tanımayan kişilerin, arkadaşlık yapabilmeleri her zaman mümkün değil.

Orada bulunanlar içinden anlaşabileceği, sohbet edebileceği kişi veya kişiler olabilmesi biraz da şans olsa gerek.

Tablo 3.22. Yaşlıların İhtiyaç Anında Sosyal Destek Alabilecek Birilerini Bulabilme Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
İhtiyaç Anında Sosyal Destek Alabilecek Birilerini Bulabilme	Evet	83	46,4
	Bazen	90	50,3
	Hayır	6	3,4
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların ihtiyaç anında sosyal destek alabilecek birilerini bulabilme değişkenine göre 83'ü (%46,4) Evet, 90'ı (%50,3) Bazen, 6'sı (%3,4) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çoğu, ihtiyaç anında sosyal destek alabilecekleri birini bulabilme için bazen demişler. Demek ki her ihtiyaç hissettiklerinde veya istedikleri zaman ulaşabilecekleri kişi ya da birimler yok. Eksiklik var, onlar da bunu biliyorlar ve bize bildiriyorlar.

Tablo 3.23. Yaşlıların Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu	Evet Katılıyorum	25	14,0
	Bazen Katılıyorum	71	39,7
	Hayır Katılmıyorum	83	46,4
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların spor ve egzersiz faaliyetlerine katılma durumu değişkenine göre 25'i (%14,0) Evet katılıyorum, 71'i (%39,7) Bazen katılıyorum, 83'ü (%46,4) Hayır katılmıyorum olarak dağılmaktadır. Bakım evinde kalan yaşlıların büyük çoğunluğu, spor ve egzersiz faaliyetlerine katılmıyorlar. Katılacak bir spor salonu da bulunmamaktadır. Spor alışkanlığının olmadığı toplum olduğu gerçeğini göz önünde bulundurduğumuzda, özenilecek spor komplekslerinin de olmadığı da görülmektedir.

Tablo 3.24. Yaşlıların Spora Neden Katılmadığı Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Neden Katılmadığı	Sağlık Problemlerim Nedeniyle	42	50,6
	Katılmak İstemiyorum	23	27,7
	Diğer	18	21,7
	Toplam	83	100,0

Yaşlıların neden katılmadığı değişkenine göre 42'si (%50,6) Sağlık problemlerim nedeniyle, 23'ü (%27,7) Katılmak istemiyorum, 18'i (%21,7) Diğer olarak dağılmaktadır. Bakım evinde kalan yaşlıların, belirli yaşa gelmiş olmaları, sağlık sebepleri ve spor alışkanlıklarının olmamasından dolayı, spor ve egzersiz faaliyetlerine katılımın olmadığını, katılanların çok az seviyelerde olduğu görülmüştür.

Tablo 3.25. Yaşlıların Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme	Evet	72	40,2
	Bazen	91	50,8
	Hayır	16	8,9
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların diğer insanların sizden daha iyi durumda olduğunu düşünme değişkenine göre 72'si (%40,2) Evet, 91'i (%50,8) Bazen, 16'sı (%8,9) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çoğunluğunun, diğer insanların kendilerinden daha iyi durumda olduğunu düşündüren ise, istedikleri gibi bir yerde kalmıyorlar. Hayalleri ve istekleri böyle değildi. Ama kalıyorlar ve özgür değiller bakım evinde. Gidecek pek de bir yerleri yok. Olsa da fiziksel halleri de yok. O yüzden “diğer insanlar daha iyi durumdalar benden” düşüncesiyle yaşıyor çoğunluğu.

Tablo 3.26. Yaşlıların Gelecek İçin Umutlu Olma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Gelecek İçin Umutlu Olma Durumu	Evet	44	24,6
	Bazen	103	57,5
	Hayır	32	17,9
	Toplam	179	100,0

Yaşlıların gelecek için umutlu olma durumu değişkenine göre 44'ü (%24,6) Evet, 103'ü (%57,5) Bazen, 32'si (%17,9) Hayır olarak dağılmaktadır.

Bakım evinde kalan yaşlıların çoğunluğu, “Gelecek için umutlu olma durumu” için bazen yanıtını vererek, umutsuzluğunu ortaya koymuştur. Çünkü yaş, fiziki durum, buldukları konum, sevgiyi isterken yalnız olmaları, hatta etrafında birçok insan varken, yalnız olmaları, arkadaşlıklarını orada kalanlar arasından yapmak durumunda kalmaları, onları umutsuz olma durumuna getirmiştir. Şartlar gereği var olanları yaşamaya çalışıyorlar mutlu ya da mutsuz...

Tablo 3.27. Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek ile Yaş Arasındaki İlişki

Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek	Yaş								Toplam		X ² /p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ev Hanımı	7	%53,8	6	%30,0	37	%44,6	33	%52,4	83	%46,4	X ² =33,827 p=0,038
Memur	2	%15,4	8	%40,0	11	%13,3	4	%6,3	25	%14,0	
İşçi	1	%7,7	4	%20,0	14	%16,9	7	%11,1	26	%14,5	
Esnaf Tüccar	0	%0,0	1	%5,0	6	%7,2	5	%7,9	12	%6,7	
Serbest Meslek	1	%7,7	0	%0,0	9	%10,8	4	%6,3	14	%7,8	
Çiftçi	0	%0,0	0	%0,0	3	%3,6	4	%6,3	7	%3,9	
Mesleği Yok	0	%0,0	1	%5,0	3	%3,6	3	%4,8	7	%3,9	
Diğer	2	%15,4	0	%0,0	0	%0,0	3	%4,8	5	%2,8	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Kuruma Yerleşmeden Önceki Meslek ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=33,827$; $p=0,038<0,05$). yaşı 65-69 yaş arası olanların 7'si (%53,8) ev hanımı, 2'si (%15,4) memur, 1'i (%7,7) işçi, 1'i (%7,7) serbest meslek, 2'si (%15,4) diğer; yaşı 70-74 yaş arası olanların 6'sının (%30,0) ev hanımı, 8'i (%40,0) memur, 4'ünün (%20,0) işçi, 1'i (%5,0) esnaf tüccar, 1'i (%5,0) mesleği yok; yaşı 75-79 yaş arası olanların 37'si (%44,6) ev hanımı, 11'i (%13,3) memur, 14'ünün (%16,9) işçi, 6'sının (%7,2) esnaf tüccar, 9'unun (%10,8) serbest meslek, 3'ünün (%3,6) çiftçi, 3'ünün (%3,6) mesleği yok; yaşı 80 ve üstü olanların 33'ünün (%52,4) ev hanımı, 4'ünün (%6,3) memur, 7'si (%11,1) işçi, 5'i (%7,9) esnaf tüccar, 4'ünün (%6,3) serbest meslek, 4'ünün (%6,3) çiftçi, 3'ünün (%4,8) mesleği yok, 3'ünün (%4,8) diğer olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılara baktığımızda, ev hanımı ve kadınlarımız çoğunluktadır. 50 – 60 sene öncesine gittiğimizde çalışan kadınlarımızın azınlıkta çalışmayan kadınlarımızın çoğunlukta olduğunu görürüz. Dolayısıyla ev hanımı

statüsünde çoğunluk oluşmuştur. Günümüze yaklaştıkça ev hanımı oranı düşmektedir.

Tablo 3.28. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kurumda Kaç yıldır kalındığı	Cinsiyet						X ² /p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
1 Yıla Kadar	55	%50,0	28	%40,6	83	%46,4	X ² =4,836 p=0,089
1-5 Yıl Arası	51	%46,4	33	%47,8	84	%46,9	
6-10 Yıl Arası	4	%3,6	8	%11,6	12	%6,7	
Toplam	110	%100,0	69	%100,0	179	%100,0	

Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X²=4,836; p=0,089>0.05). cinsiyeti kadın olanların 55'i (%50,0) 1 yıla kadar, 51'i (%46,4) 1-5 yıl arası, 4'ünün (%3,6) 6-10 yıl arası; cinsiyeti erkek olanların 28'i (%40,6) 1 yıla kadar, 33'ünün (%47,8) 1-5 yıl arası, 8'i (%11,6) 6-10 yıl arası olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarımız, 1 ile 5 yıl arasında kadın olsun, erkek olsun aynı oranda kurumda kaldıkları tespit edilmiştir. Bakım evleri çok yaygın olmadığından daha yeni yeni bakım evinde kalma fikirleri oluştuğundan çok eskiye dayanmıyor kalmalar. Bakım evinde kalmak utanılacak, yaşlı yakınına yatırılanlar ise ayıplanacak bir durumdaydı. Ama aile yapısının değişmesi, ihtiyaçların doğması hem bakış açısını, hem de bakım evinde kalma fikrini kısmen de olsa değiştirdiği görülmektedir.

Tablo 3.29. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Yaş Arasındaki İlişki

Kurumda Kaç yıldır kalındığı	Yaş								Toplam	X ² /p	
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
1 Yıla Kadar	5	%38,5	6	%30,0	42	%50,6	30	%47,6	83	%46,4	X ² =8,660 p=0,194
1-5 Yıl Arası	7	%53,8	10	%50,0	36	%43,4	31	%49,2	84	%46,9	
6-10 Yıl Arası	1	%7,7	4	%20,0	5	%6,0	2	%3,2	12	%6,7	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=8,660$; $p=0,194>0.05$). yaşı 65-69 yaş arası olanların 5'i (%38,5) 1 yıla kadar, 7'si (%53,8) 1-5 yıl arası, 1'i (%7,7) 6-10 yıl arası; yaşı 70-74 yaş arası olanların 6'sının (%30,0) 1 yıla kadar, 10'unun (%50,0) 1-5 yıl arası, 4'ünün (%20,0) 6-10 yıl arası; yaşı 75-79 yaş arası olanların 42'si (%50,6) 1 yıla kadar, 36'sının (%43,4) 1-5 yıl arası, 5'i (%6,0) 6-10 yıl arası; yaşı 80 ve üstü olanların 30'unun (%47,6) 1 yıla kadar, 31'i (%49,2) 1-5 yıl arası, 2'si (%3,2) 6-10 yıl arası olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, 1 – 5 yıl arasında her yaştan, her yılda ihtiyaç doğrultusunda kalınıyor. Yaş ve kaç yıldır kalındığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 3.30. Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki

Kurumda Kaç yıldır kalındığı	Öğrenim Durumu												X ² /p		
	Okur-yazar Değil		Okur-yazar		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Üniversite Mezunu			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
1 Yıla Kadar	9	%64,3	14	%60,9	25	%59,5	24	%42,1	11	%36,7	0	%0,0	83	%46,4	X ² =37,946 p=0,000
1-5 Yıl Arası	4	%28,6	9	%39,1	17	%40,5	30	%52,6	16	%53,3	8	%61,5	84	%46,9	
6-10 Yıl Arası	1	%7,1	0	%0,0	0	%0,0	3	%5,3	3	%10,0	5	%38,5	12	%6,7	
Toplam	14	%100,0	23	%100,0	42	%100,0	57	%100,0	30	%100,0	13	%100,0	179	%100,0	

Kurumda Kaç yıldır kalındığı ile öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=37,946$; $p=0,000<0,05$). öğrenim durumu okur-yazar değil olanların 9'unun (%64,3) 1 yıla kadar, 4'ünün (%28,6) 1-5 yıl arası, 1'i (%7,1) 6-10 yıl arası; öğrenim durumu okur-yazar olanların 14'ünün (%60,9) 1 yıla kadar, 9'unun (%39,1) 1-5 yıl arası; öğrenim durumu ilkokul mezunu olanların 25'i (%59,5) 1 yıla kadar, 17'si (%40,5) 1-5 yıl arası; öğrenim durumu ortaokul mezunu olanların 24'ünün (%42,1) 1 yıla kadar, 30'unun (%52,6) 1-5 yıl arası, 3'ünün (%5,3) 6-10 yıl arası; öğrenim durumu lise mezunu olanların 11'i (%36,7) 1 yıla kadar, 16'sınının (%53,3) 1-5 yıl arası, 3'ünün (%10,0) 6-10 yıl arası; öğrenim durumu Üniversite mezunu olanların 8'i (%61,5) 1-5 yıl arası, 5'i (%38,5) 6-10 yıl arası olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılar, 1 – 5 yıl arasında eğitim durumuna göre kurumda kalmaya baktığımızda, eğitim seviyesi yükseldikçe kalma oranı artmış gözüküyor. Ama 1 yıla kadar olan tabloda bunun tam tersi gözükmektedir. Buna göre yorum yapılmasının doğru olmayacağı ve bu konuda daha detaylı araştırma yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3.31. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı	Cinsiyet						X ² /p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yalnız	24	%21,8	5	%7,2	29	%16,2	X ² =9,589 p=0,048
Eşimle	38	%34,5	37	%53,6	75	%41,9	
Çocuklarımla	34	%30,9	18	%26,1	52	%29,1	
Kardeşlerimle	6	%5,5	4	%5,8	10	%5,6	
Akrabalarımla	8	%7,3	5	%7,2	13	%7,3	
Toplam	110	%100,0	69	%100,0	179	%100,0	

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=9,589$; $p=0,048<0,05$). Cinsiyeti kadın olanların 24'ünün (%21,8) yalnız, 38'i (%34,5) eşimle, 34'ünün (%30,9) çocuklarımla, 6'sının (%5,5) kardeşlerimle, 8'i (%7,3) akrabalarımla; cinsiyeti erkek olanların 5'i (%7,2) yalnız, 37'si (%53,6) eşimle, 18'i (%26,1) çocuklarımla, 4'ünün (%5,8) kardeşlerimle, 5'i (%7,2) akrabalarımla olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılar, kuruma gelmeden önce kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğu eşiyile kalıyorlar. İkinci çoğunluğu ise, eşlerden birinin vefatı durumunda yalnız kalan eş, çocuklarıyla kalıyor. Türk aile yapısının özelliği olan bu durum giderek değişmektedir. Kadınlar yalnız yaşayabilirken bu oran erkeklerde, kadınların yalnız yaşama oranına göre %50 daha aşağıya düşüyor. Bu da bize erkeklerin yalnız yaşamak istemedikleri veya yaşayamadıklarını gösteriyor. Kadınlar temel ihtiyaçlarını daha rahat karşılarken (çünkü bu onların yaşama şekli) erkeğin bunlara daha yabancı ve uzak kaldığı görülmektedir.

Tablo 3.32. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı	Medeni Durum								X ² /p
	Bekar		Evli		Dul Veya Boşanmış		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yalnız	5	%55,6	2	%18,2	22	%13,8	29	%16,2	X ² =17,600 p=0,024
Eşimle	1	%11,1	6	%54,5	68	%42,8	75	%41,9	
Çocuklarımla	1	%11,1	3	%27,3	48	%30,2	52	%29,1	
Kardeşlerimle	0	%0,0	0	%0,0	10	%6,3	10	%5,6	
Akrabalarımla	2	%22,2	0	%0,0	11	%6,9	13	%7,3	
Toplam	9	%100,0	11	%100,0	159	%100,0	179	%100,0	

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=17,600$; $p=0,024<0.05$). medeni durum bekar olanların 5'i (%55,6) yalnız, 1'i (%11,1) eşimle, 1'i (%11,1) çocuklarımla, 2'si (%22,2) akrabalarımla; medeni durum evli olanların 2'si (%18,2) yalnız, 6'sının (%54,5) eşimle, 3'ünün (%27,3) çocuklarımla; medeni durum dul veya boşanmış olanların 22'si (%13,8) yalnız, 68'i (%42,8) eşimle, 48'i (%30,2) çocuklarımla, 10'unun (%6,3) kardeşlerimle, 11'i (%6,9) akrabalarımla olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, bekar olanlar yalnız yaşamayı, evli olanlar eşiyile birlikte yaşamayı, dul veya boşanmış olanlar yine eşiyile birlikte yaşamayı seçmişler, yalnız kalınca da bakım evini tercih etmişler veya mecbur kaldıkları görülmüştür.

Tablo 3.33. Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı	Öğrenim Durumu												X ² /p		
	Okur-yazar Değil		Okur-yazar		İlkokul Mezunu		Ortaokul Mezunu		Lise Mezunu		Üniversite Mezunu			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Yalnız	4	%28,6	5	%21,7	4	%9,5	7	%12,3	8	%26,7	1	%7,7	29	%16,2	X ² =38,882 p=0,007
Eşimle	4	%28,6	4	%17,4	14	%33,3	26	%45,6	16	%53,3	11	%84,6	75	%41,9	
Çocuklarımla	5	%35,7	11	%47,8	16	%38,1	17	%29,8	3	%10,0	0	%0,0	52	%29,1	
Kardeşlerimle	0	%0,0	0	%0,0	5	%11,9	4	%7,0	0	%0,0	1	%7,7	10	%5,6	
Akrabalarımla	1	%7,1	3	%13,0	3	%7,1	3	%5,3	3	%10,0	0	%0,0	13	%7,3	
Toplam	14	%100,0	23	%100,0	42	%100,0	57	%100,0	30	%100,0	13	%100,0	179	%100,0	

Kuruma Gelmeden Önce Kiminle Kalındığı ile öğrenim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=38,882$; $p=0,007<0,05$). Öğrenim durumu okur-yazar değil olanların 4'ünün (%28,6) yalnız, 4'ünün (%28,6) eşimle, 5'i (%35,7) çocuklarımla, 1'i (%7,1) akrabalarımla; öğrenim durumu okur-yazar olanların 5'i (%21,7) yalnız, 4'ünün (%17,4) eşimle, 11'i (%47,8) çocuklarımla, 3'ünün (%13,0) akrabalarımla; öğrenim durumu ilkokul mezunu olanların 4'ünün (%9,5) yalnız, 14'ünün (%33,3) eşimle, 16'sının (%38,1) çocuklarımla, 5'i (%11,9) kardeşlerimle, 3'ünün (%7,1) akrabalarımla; öğrenim durumu ortaokul mezunu olanların 7'si (%12,3) yalnız, 26'sının (%45,6) eşimle, 17'si (%29,8) çocuklarımla, 4'ünün (%7,0) kardeşlerimle, 3'ünün (%5,3) akrabalarımla; öğrenim durumu lise mezunu olanların 8'i (%26,7) yalnız, 16'sının (%53,3) eşimle, 3'ünün (%10,0) çocuklarımla, 3'ünün (%10,0) akrabalarımla; öğrenim durumu Üniversite mezunu olanların 1'i (%7,7) yalnız, 11'i (%84,6) eşimle, 1'i (%7,7) kardeşlerimle olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılar; öğrenim durumu yükseldikçe eşiyile oturma öncelik olmuş. Daha sonra yalnız oturma, sonrasında da kardeşler ve akrabalar ile oturma durumu gelmiş. Okur-yazar değil, okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunlarında ise çocukları ile birlikte kalma ön plana çıkmış.

Öğrenim durumu yükseldikçe, çocuklarını korumak, yaşantısına, çocuklarının özeline saygı göstermek, çocuklarının düzenini korumak adına ve kendisinin kendi düzenini devam ettirme, kendine yeterliliğini ve özgüvenin olduğu görülmektedir.

Tablo 3.34. Fiziki Rahatsızlığın Olması ile Yaş Arasındaki İlişki

Fiziki Rahatsızlığın Olması	Yaş										X ² /p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yok	12	%92,3	16	%80,0	68	%81,9	39	%61,9	135	%75,4	X ² =10,330 p=0,016
Var	1	%7,7	4	%20,0	15	%18,1	24	%38,1	44	%24,6	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Fiziki Rahatsızlığın Olması ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X²=10,330; p=0,016<0.05). yaşı 65-69 yaş arası olanların 12'si (%92,3) yok, 1'i (%7,7) var; yaşı 70-74 yaş arası olanların 16'sının (%80,0) yok, 4'ünün (%20,0) var; yaşı 75-79 yaş arası olanların 68'i (%81,9) yok, 15'i (%18,1) var; yaşı 80 ve üstü olanların 39'unun (%61,9) yok, 24'ünün (%38,1) var olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, yaşın ilerlemesiyle birlikte rahatsızlıklarda artmaya başlar. Bakım evinde fiziksel rahatsızlığı olanlar genellikle alınmıyor ama orada yaşayanlar içinde yaş ilerledikçe, fiziksel rahatsızlıkların başladığı ve hareket kabiliyetinin azaldığının görüldüğü gözlenmiştir.

Tablo 3.35. Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılanma Durumu ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılanma Durumu	Cinsiyet						X ² /p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	68	%61,8	28	%40,6	96	%53,6	X ² =7,944 p=0,019
Bazen	40	%36,4	38	%55,1	78	%43,6	
Hayır	2	%1,8	3	%4,3	5	%2,8	
Toplam	110	%100,0	69	%100,0	179	%100,0	

Sevgi Ve İlgı İhtiyacının Karşılanma Durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X²=7,944; p=0,019<0.05). cinsiyeti kadın olanların 68'i (%61,8) evet, 40'ının (%36,4) bazen, 2'si (%1,8) hayır; cinsiyeti erkek olanların 28'i (%40,6) evet, 38'i (%55,1) bazen, 3'ünün (%4,3) hayır olduğu görülmektedir. Bakım evinde kalan yaşlılarda, kadınlarda "sevgi ve ilgi ihtiyacı" çoğunluğunda karşılanırken erkeklerde aynı durum söz konusu değil. Bu oran erkeklerde, kadınlara göre daha aşağılarda. Kadınların maneviyatına ulaşılırken, erkekler de bu oranın daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3.36. Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması ile Yaş Arasındaki İlişki

Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması	Yaş										X ² /p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	6	%46,2	12	%60,0	25	%30,1	11	%17,5	54	%30,2	X ² =24,398 p=0,000
Bazen	3	%23,1	6	%30,0	53	%63,9	42	%66,7	104	%58,1	
Hayır	4	%30,8	2	%10,0	5	%6,0	10	%15,9	21	%11,7	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Hayatın Anlamlı Ve Değerli Olması ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=24,398$; $p=0,000<0.05$). yaşı 65-69 yaş arası olanların 6'sının (%46,2) evet, 3'ünün (%23,1) bazen, 4'ünün (%30,8) hayır; yaşı 70-74 yaş arası olanların 12'si (%60,0) evet, 6'sının (%30,0) bazen, 2'si (%10,0) hayır; yaşı 75-79 yaş arası olanların 25'i (%30,1) evet, 53'ünün (%63,9) bazen, 5'i (%6,0) hayır; yaşı 80 ve üstü olanların 11'i (%17,5) evet, 42'si (%66,7) bazen, 10'unun (%15,9) hayır olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, yaş ilerledikçe hayattan beklenen, umut, istek ve arzular gittikçe azalmaya başlıyor. Yaş önemli faktör, yaş ile birlikte umut ve isteklerde orantılı olarak azalmaya başladığı görülmüştür.

Tablo 3.37. Hüzün ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma ile Yaş Arasındaki İlişki

Hüzün ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma	Yaş										X^2/p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	2	%15,4	3	%15,0	43	%51,8	44	%69,8	92	%51,4	$X^2=31,873$ $p=0,000$
Bazen	11	%84,6	14	%70,0	38	%45,8	16	%25,4	79	%44,1	
Hayır	0	%0,0	3	%15,0	2	%2,4	3	%4,8	8	%4,5	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Hüzün ümitsizlik Gibi Olumsuz Duygulara Kapılma ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=31,873$; $p=0,000<0.05$). yaşı 65-69 yaş arası olanların 2'si (%15,4) evet, 11'i (%84,6) bazen; yaşı 70-74 yaş arası olanların 3'ünün (%15,0) evet, 14'ünün (%70,0) bazen, 3'ünün (%15,0) hayır; yaşı 75-79 yaş arası olanların 43'ünün (%51,8) evet, 38'i (%45,8) bazen, 2'si (%2,4) hayır; yaşı 80 ve üstü olanların 44'ünün (%69,8) evet, 16'sının (%25,4) bazen, 3'ünün (%4,8) hayır olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda hüzün, ümitsizlik gibi olumsuz duygulara kapılma, yaş ilerledikçe çoğalıyor. Sona yaklaştığını düşünen yaşlılar, hüznü ve ümitsizliği yansıtıyorlar. Sona geldim düşüncesinin kabullenildiği gözlenmiştir.

Tablo 3.38. Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu	Cinsiyet						X ² /p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kurumu Kendi Evim Gibi Hissediyorum.	66	%60,0	30	%43,5	96	%53,6	X ² =8,966 p=0,011
Kalacak Başka Yerim Olmadığı İçin Mecburen Kalıyorum.	34	%30,9	22	%31,9	56	%31,3	
İsteyerek Kalmıyorum.	10	%9,1	17	%24,6	27	%15,1	
Toplam	110	%100,0	69	%100,0	179	%100,0	

Kuruma Karşı Bağımlılık Durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=8,966$; $p=0,011<0.05$). cinsiyeti kadın olanların 66'sının (%60,0) kurumu kendi evim gibi hissediyorum., 34'ünün (%30,9) kalacak başka yerim olmadığı için mecburen kalıyorum., 10'unun (%9,1) isteyerek kalmıyorum.; cinsiyeti erkek olanların 30'unun (%43,5) kurumu kendi evim gibi hissediyorum., 22'si (%31,9) kalacak başka yerim olmadığı için mecburen kalıyorum., 17'si (%24,6) isteyerek kalmıyorum. olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, kadınlar daha çok evi gibi hissederlerken kaldıkları kurumu, erkeklerde bu oran kadınlara göre daha düşük bir oranda kalıyor. Gerçi bu sorunun cevabının objektif olduğu düşünülmemektedir. Bu konuda daha detaylı bir çalışma yapılması gerekiyor. Bazıları ise'' mecburiyetten kalıyorum'' diyerek daha objektif cevap verdikleri görülmüştür.

Tablo 3.39. Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet	Cinsiyet						X ² /p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Evet	72	%65,5	24	%34,8	96	%53,6	X ² =16,457 p=0,000
Bazen	34	%30,9	42	%60,9	76	%42,5	
Hayır	4	%3,6	3	%4,3	7	%3,9	
Toplam	110	%100,0	69	%100,0	179	%100,0	

Kurumdaki Sosyal Arkadaşlık İlişkilerinden Memnuniyet ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=16,457$; $p=0,000<0.05$). cinsiyeti kadın olanların 72'si (%65,5) evet, 34'ünün (%30,9) bazen, 4'ünün (%3,6) hayır; cinsiyeti erkek olanların 24'ünün (%34,8) evet, 42'si (%60,9) bazen, 3'ünün (%4,3) hayır olduğu görülmektedir. Bakım evinde kalan yaşlılarda, arkadaşlık ilişkilerini kadınlar daha iyi yönetiyorlar. Erkekler daha çekimserler, davranıyorlar arkadaşlık ilişkilerinde daha mesafeli ve daha uzak duruyorlar. Sohbet imkanları kısıtlanmış olup, iletişim kurmada sıkıntı oluyor. Kadınların kurumda arkadaşlık ilişkilerinden duydukları memnuniyet tespit edilirken, erkeklerde, daha çekimser davrandıkları, arkadaşlık ilişkilerinin kuvvetli olmadığı bundan dolayı da daha yalnızlaştıkları görülmüştür.

Tablo 3.40. Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu ile Yaş Arasındaki İlişki

Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu	Yaş								Toplam		X ² /p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet Katılıyorum	2	%15,4	9	%45,0	12	%14,5	2	%3,2	25	%14,0	X ² =54,386 p=0,000
Bazen Katılıyorum	9	%69,2	6	%30,0	44	%53,0	12	%19,0	71	%39,7	
Hayır Katılmıyorum	2	%15,4	5	%25,0	27	%32,5	49	%77,8	83	%46,4	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Spor Ve Egzersiz Faaliyetlerine Katılma Durumu ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=54,386$; $p=0,000<0,05$). yaşı 65-69 yaş arası olanların 2'si (%15,4) evet katılıyorum, 9'unun (%69,2) bazen katılıyorum, 2'si (%15,4) hayır katılmıyorum; yaşı 70-74 yaş arası olanların 9'unun (%45,0) evet katılıyorum, 6'sının (%30,0) bazen katılıyorum, 5'i (%25,0) hayır katılmıyorum; yaşı 75-79 yaş arası olanların 12'si (%14,5) evet katılıyorum, 44'ünün (%53,0) bazen katılıyorum, 27'si (%32,5) hayır katılmıyorum; yaşı 80 ve üstü olanların 2'si (%3,2) evet katılıyorum, 12'si (%19,0) bazen katılıyorum, 49'unun (%77,8) hayır katılmıyorum olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda 70 – 74 yaş aralığı, sağlığını daha bilinçli korumaya yönelmiş, 65 – 69 yaş aralığı ise farkında değil yapacağı sporun sağlığına katkısına. Yaş ilerledikçe spor ve egzersiz yapılmak isteniyor sağlıklı olmak adına ama vücut fonksiyonları gittikçe yavaşladığından, spor ve egzersiz yapacak güç azalıyor. Yaşlanan bireyin hareketleri yavaşlıyor, duyu organları, görme organları işlevlerini tam yapamıyor. Kas ve kemik yapıları biyolojik yaşlarıyla birlikte ilerliyor. Bu da vücudunu istediği gibi kullanamayan yaşlıların, egzersiz ve spor yapma bilincinde olmalarına rağmen, hiçbir şey yapamamanın vermiş olduğu çaresizlik ve mutsuzluk duygusu içinde oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 3.41. Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme ile Yaş Arasındaki İlişki

Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme	Yaş										X ² /p
	65-69 Yaş Arası		70-74 Yaş Arası		75-79 Yaş Arası		80 Ve üstü		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evet	9	%69,2	11	%55,0	26	%31,3	26	%41,3	72	%40,2	X ² =14,349 p=0,026
Bazen	2	%15,4	7	%35,0	47	%56,6	35	%55,6	91	%50,8	
Hayır	2	%15,4	2	%10,0	10	%12,0	2	%3,2	16	%8,9	
Toplam	13	%100,0	20	%100,0	83	%100,0	63	%100,0	179	%100,0	

Diğer İnsanların Sizden Daha İyi Durumda Olduğunu Düşünme ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=14,349$; $p=0,026<0,05$). yaşı 65-69 yaş arası

olanların 9'unun (%69,2) evet, 2'si (%15,4) bazen, 2'si (%15,4) hayır; yaşı 70-74 yaş arası olanların 11'i (%55,0) evet, 7'si (%35,0) bazen, 2'si (%10,0) hayır; yaşı 75-79 yaş arası olanların 26'sının (%31,3) evet, 47'si (%56,6) bazen, 10'unun (%12,0) hayır; yaşı 80 ve üstü olanların 26'sının (%41,3) evet, 35'i (%55,6) bazen, 2'si (%3,2) hayır olduğu görülmektedir.

Bakım evinde kalan yaşlılarda, 65 – 69 yaş ile 70 – 74 yaş arası daha çok yaşlı olmadıklarından, umutları var daha kopmamışlar yaşamdan dolayısıyla kendilerini sorguluyorlar, yaşam şartlarını sorguluyorlar ve diğer insanların kendilerinden daha iyi şartlarda olduklarını düşünerek memnun olmadıklarını belirtiyorlar. 75 – 79 yaş ve 80 yaş üstü daha yaşlı olduklarından kendilerini daha çaresiz gördüklerinden çok da ilgili değiller.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Canlılar doğar, büyür, yaşlanır ve ölür. Bu normal bir süreçtir. Doğduğu andan itibaren yaşlanmaya başlayan insan, hayatının ilk yıllarında çok fark etmese de, aldırmasa da yıllar geçtikçe yaşlanmakta olduğunu fark eder ve endişelenir. Oysa yaşlılık, önlenemez bir süreçtir.

Yaşadığımız yüzyılda deneylerle yapılan çalışmalar sonucunda bulunan antibiyotikler ve aşilar ve kozmetik sanayideki tüm çabalar insanın daha uzun, daha sağlıklı yaşaması için gelinen noktadır. Gerçekten de çalışmalar boşa gitmemiş, insanın yaşamı eski yıllara göre memnun edici bir ölçüde uzamıştır.

Yaşamı uzayan ama yaşlanmaya devam eden insan, bu kez de başka sorunlarla yüz yüze kalmıştır. Teknolojinin ilerlemesi, kadının iş hayatına yoğun bir biçimde katılması beraberinde başka sorunları da ortaya çıkarmıştır.

Her zaman yaşlılarımız, ailemizin en önemli bireyleri, saygıdeğer büyükleri olarak yerlerini alırlar. Ailelerin en özen gösterdiği bireyler çocuklarımız ve yaşlılarımızdır.

Günümüzde aile ebeveynlerinin yoğun bir şekilde çalışması, aileye maddi katkı ve bireylere bir kariyer ve sosyalleşme kazandırmakla beraber aile yapısında bazı değişmelere de yol açmış, yaşlıların bakım sorunlarını da ortaya çıkarmıştır. Zira şehirlerimiz büyümüş, mesafeler uzamış, ulaşım zorlaşmıştır. Aile bireyleri zamanlarını daha çok yollarda geçirmeye başlamıştır. Önceleri hiç olmazsa kadının çalışmayıp daha çok evde olması, ailede ihtiyaç halindeki kişilerin ve yaşlıların bakımlarını üstlenmesi konusunda elbette (ciddi) sorun yaşatmıyordu.

İşte bu nedenlerle de yaşlanan veya yaşlanmakta olan kişiler evlerde yalnızlaşmış ve yaşamın zorluklarını daha çok hissetmeye başlamışlardır. Zira yaşlanan bireyin hareketleri yavaşlıyor, duyu organları, görme organları işlevlerini tam yapamıyor. Kas ve kemik yapıları da her ne kadar alternatif tedavilerle güçlendirilmeye çalışılsa da biyolojik yaşlarıyla birlikte ilerliyor, düşme riski en yüksek seviyeye çıkıyor.

Ve sonunda bu zorluklar, bu değişimler ve yeni yaşam biçimleri yaşlıları Bakım evi gibi kurumlara yöneltmeye başlamıştır.

Her ne kadar Türk Toplumunun çok fazla alışkın olduğu bir durum değilse de önemli bir yenilik sayılan bu kurumlar, çoğunluğa hitap ettikleri, bireylerin her türlü ihtiyaçlarını karşıladıkları, (karşılatabildikleri oranda) huzurlu, mutlu ve sağlıklı yaşamı sağladıkları için (sağlayabildikleri oranda) oldukça önem kazanmıştır.

Yapılmış olan araştırma sonuçlarına göre; Bakım evinde kalanların %46,4'ı çalışmayan kadın, %14,5'i işçi, %14,0'ının ise memur olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar bu tür kurumlara erkeklere göre daha yoğun bir şekilde ihtiyaç duymaktadır.

Kurumda sevgi ve ilgi ihtiyacının karşılanma durumunda, cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınlarda %61,8'inin ihtiyacı karşılanabilirken, erkeklerin ancak %55,1'nin ihtiyacının bazen karşılanabildiği görülmüştür. Kurumlara bağlılık konusunda da cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınlar bu Kurumlara erkeklere göre daha fazla bağlanmakta, kendi evleri gibi benimsemektedirler. Kalanların çoğunluğunun % 50,3'nün SSK'lı, % 29,6'sının Bağ-kur olduğu tespit edilmiştir. Kişisel bakım ve hobilerin olmadığı (kişiselliğe dayanmayan) bakım evi olduğundan ücreti makul, SSK ve Bağ-kurlu olanların ödeyebileceği, kalanların da bu doğrultuda oldukları görülmüştür. Bakım evinde kalan yaşlıların 1.251.-TL ve 1.750.-TL arası gelire sahip olduğu görülmüştür. Bu da toplu bakımın uygulandığı, özele inilmeyen fiyatı nispeten karşılanabilen bakım evindeki yaşlıların çoğunluğunun bu gelir aralıklarına sahip olan kişilerin kaldıklarını göstermektedir. Bakım evinde kalanların duygularını ve düşüncelerini tam olarak aktarmadıkları, objektif cevaplar vermedikleri görülmüştür. Kurumda kaldıkları için, onları rahatsız ve huzursuz eden her türlü konuşma ve davranışlardan kaçındıkları ürkek ve tedbirli davrandıkları tespit edilmiştir. Daha yaşlı olan kesim ise, gelecekte beklediği ve umudu kalmamış, dolayısıyla daha rahat davranıp objektif cevaplar ile "gidecek başka yerim yok" diye kendilerini ifade ederek bu konuda daha rahat ve endişesiz oldukları görülmüştür. Bakım evlerinde kalmak daha yeni yeni kabul görmeye başlayan hatta bazı kesimlerce hala ayıplanan bir durum. Yapılmış olan araştırma sonuçlarına göre, 1 – 5 yıl arasında

kalma durumu mevcut çoğunlukla. % 46,9 ‘u 1 – 5 yıl arası, % 46,4’ü 1 yıla kadar kaldıkları tespit edilmiştir. Kalmakta olan kişiler, çeşitli değişik kesimlerden geldiklerinden, arkadaşlık ilişkisini de burada oluşturmak, buldukları kişiler ile iletişim kurup arkadaşlık yapmak durumunda kaldıklarından, memnuniyetsizliklerin de olduğu tespit edilmiştir. İstedikleri veya ihtiyaç duyduklarında dışarıya çıkamadıkları, şehir merkezine uzak oldukları ve bu durumdan memnun olmadıkları görülmüştür. Bütün bunlar bir araya gelince, zaten yorulmuş beden ve ruhlar ne gelecekte umutlu olabiliyorlar ne de mutlu yaşayabiliyorlar. Gelecek için umutlu olma durumu için % 57,5 gibi bir çoğunluk ‘‘bazen’’ yanıtını verdiklerinden, umutsuz oldukları tespit edilmiştir. İhtiyaç anında sosyal destek alabilecek birilerini bulabilme için, % 50,3 ‘ü ‘‘bazen’’ demişlerdir. Kurumda kalanların yarısı istedikleri ya da ihtiyaç duydukları durumda sosyal destek alamadıklarını belirtmişlerdir. Spor ve egzersiz faaliyetlerine % 46,4 oranında katılım sağlanmamaktadır. Yaşlanma sebebi, hareket kısıtlılığı gibi nedenlerden dolayı, katılma oranının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir.

Bakım evlerinin daha kişiselliğe inerek, daha huzurlu, güvenli ve mutlu olabilmelerini sağlayacak daha donanımlı bakım evlerimizin sayılarının da çoğalarak hizmet vermeleri tavsiye edilir.

Yaşlılarımızın geleceğe daha güvenle bakabilmesi için, bakımevlerinde kişiye özel bakım ve ilginin olduğu sistemler geliştirilmeli, uygulamalarında düzenli takipler yapılmalıdır.

Yaşlılara ve hizmete ihtiyaçları olan kişilere özel bakım, sağlık kontrolleri, hobilerini geliştirerek mutlu yaşam sağlanan yerler büyük paraların konuşulduğu yerlerdir. Bu kurumlara erişim konusunda her yaşlı aynı şansa sahip değildir. Maliyetleri yüksek meblağları bulmakta, yaşlılar bu Kurumlarda kalabilmek için ya yüksek miktarda paralar ödemekte ya da evlerini bağışlamak zorunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla Devlet desteği çok önemlidir. Devlet tarafından uygulanabilir ‘‘yaşlı sigortası’’ belki bazı sorunları çözmeye yardımcı olacaktır. Yerel yönetimler ile işbirliği yapılarak önemli adımlar atılabilir.

Devlet desteği ve yerel yönetimler ile birlikte bakım evlerinin istenilen sayı ve kaliteye çekilerek, içinde yaşayan yaşlılarımızın taşıdıkları bayrağı, bir gün bize verecekleri gerçeğini unutmadan, yaşlılığın bir gün bizim de başımıza geleceğinin bilincinde, yaşlılarımızı yalnız bırakmadan nice yaşamlara...

KAYNAKÇA

- Akçay, C. (2011). Yaşlılık Kavramlar ve Kuramlar. 2.Baskı. İstanbul: Kriter Yayınları.
- Akın, G. (2006). Her Yönüyle Yaşlılık. 1.Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Aksoydan, E. (2006). Ankara'da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. Türk Geriatri Dergisi.
- Altındış, M. (Ed.). (2013). Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. İstanbul: Ekspres Basımevi.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Dergisi. 2009: 23(3): 159-164.
- Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve Huzur evi. Aile ve Toplum Dergi. 2010. 5, 25-26.
- Arpacı, F. ve A. Ersoy. (2009). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşamaya ilişkin görüşleri. Aile ve Toplum Dergi. 2009. 5, 87-97.
- Ateş, M. (2011). Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Buz, S. (2015). Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 14. 53, 268-278.
- Bütün, K.V. , (2013). Yaşlı Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Canatan, A. (2008). Sosyal Yönleriyle Yaşlılık. 1. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Cankurtaran, M. (2012). I.Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi. Ankara. Grafer Tasarım Baskı Ambalaj.

- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım Hemşireliği . Gülhane Tıp Dergisi. 2012. 54, 329-334.
- Gacar, M.N. (2009). Adı Eylül Sağlık Bilimlerinde Yaşlılık. 1.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Göz, F. , M. Erkan. (2008). Yaşlılık Sorunlar ve Bakım İlkeleri. 1. Baskı. Samsun: Oscar Tıbbi Yayıncılık.
- Güleç, D. (2011). Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi, Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Gülen, K.G., Demirci, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü. 1.Baskı. İstanbul: Biltur Basım Yayın ve Hizmet A.Ş.
- Hablemitoğlu, Ş.ve E. Özmete. A. Bayoğlu. F. Yıldırım. (2011). Evde Yaşlı Bakımı Hizmetlerinde Gönüllü Olmanın Gençlerin Yaşamlarına Katkısı. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 12.1, 48.
- Işıkkhan, V. (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2008.23 (1), 34-44.
- İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları. Journal of Yaşar University Akademik Dergi. 4.14, 2257-2279.
- İnci, F. ve F. Öz. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 4.2, 178-187.
- Kalkay, N. (2004). Daha Uzun ve Sağlıklı Yaşamak İçin. 1.Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık ve Mat. San. Tic. A.Ş.
- Karadakovan, A. (Ed.). (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. 1. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Karagülle, Z. (2008). Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talessoterapi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 18.6, 225-226.
- Karasar, N. (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayınları.

- Kırdı, N. , Akyar, İ. (2009). Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık. 1.Baskı. Ankara: İllksan Yayınları.
- Koçyiğit, H. Ve diğerleri, (2000). Huzurevinde Yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresip belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri Dergisi. Geriatri Derneği. İzmir.
- Pars, Ş. Ve U. Akdu. S. Akdu. (2012). Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları İstanbul ve Ankara Örneği. Journal of Social Sciences. 15.27, 267-296.
- Priscilla Salant ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley&Sons, Inc. Newyork, 1994, s. 55.
- Şahin, G. (2011). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi değerlendirme yöntemleri. Türk Geriatri Dergisi. 14.2, 172-178.
- Taşkesen, G.C. (2012). Türkiye’de Yaşlılık ve Evde Yaşlı Bakımı: Resmi Karar ve Uygulamaların Yerinde Tespiti, Yüksek Lisans Tezi. İsparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık Turizmi. 1.Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi – Ünal Sevindik.
- Tuncer, F. (2007). 40 Yaş Psikolojisi. 1.Baskı. İstanbul: Strateji Yayınları.
- Swan, S. (2007). Türkiye’nin SPA’ları ve Termal Kaynakları. 1.Baskı. İstanbul: Boyut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş.
- Oğlak, S. (2008). Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. 2.Baskı. İskenderun: Color Ofset Matbaacılık Yayıncılık ve San. Ve Ltd.
- Onur, B. (2004). Gelişim Psikolojisi. 6.Baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Özsarı, S. Ve Ö. Karatana. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu. Kartal Eğ. Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 24.2, 136-144.
- Yaman, O. (2012). Kurum Bakımı Altındaki Yaşlıların Sosyokültürel ve Manevi İhtiyaçlarının Karşılama Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Yalova Üniversitesi.

Yaşlılığa Genel Bakış (b.t.). www.huzurevleri.org/docs/shcek_yasliliga_genel_bakis.pdf. (4.Mart.2015)

Yıldırım Kaptanoğlu, A. (2012). Yaşlı Sağlığı. 2. Baskı. İstanbul: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.

Zengin, B. Ve B. Eryılmaz. (2013). Bodrum Destinasyonunda Engelli Turizm Pazarının Değerlendirilmesi. International Journal of Economic & Administrative Studies. 6.11, 51-73.

www.mumsema.org/konu-disi-basliklar/75981-huzurevi-nedir-huzur-evi-hakkinda-bilgiler.html 29.05.2015

tr.wikipedia.org/wiki/Huzurevi 29.05.2015

EKLER

Anket Form

Değerli Kurum sakini,

“Yaşlı Bakım ve Hizmet Yönetimi “ konulu bir araştırma yapmaktayız. Elinizde bulunan bu anket formu vasıtasıyla Kurumda kalan siz değerli yaşlılarımızın ihtiyaçlarını tespit etmeyi amaçlamaktayız. Bu araştırmamızın sonuçlarının güvenilir olması ve hedeflenen amaca ulaşması, vereceğiniz sonuçların doğru ve samimi olmasına bağlıdır. Sorulara cevap vermeden önce soruyu ve cevap olarak verilen şıkları iyice okuyunuz. Daha sonra başkalarının tesiri altında kalmadan size uyan şikkı işaretleyiniz. Ankete isminizi yazmayınız. Size en uygun cevaba (X) işareti koyunuz. Vereceğiniz cevaplar gizli kalacaktır. Soruları en iyi şekilde cevaplandırarak araştırmamızı desteklediğiniz için teşekkür ediyorum.

Müge ÖKTEN

1- Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

2- Kaç yaşındasınız?

() 60 ve altı () 61 – 64 () 65 - 69 () 70 – 74 () 75 – 79

() 80 ve üstü

3- Medeni durumunuz nedir?

() Bekar () Evli () Dul veya Boşanmış

4- Öğrenim durumunuz nedir?

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul

() Ortaokul () Lise () Üniversite

5- Kuruma yerleşmeden önceki mesleğiniz ne idi?

- Ev Hanımı Memur İşçi
 Esnaf – tüccar Serbest meslek Çiftçi
 Mesleği yok Diğer

6- Sosyal güvenceniz nedir?

- Genel Sağlık Sigortası Emekli Sandığı
 SSK Bağkur

7- Aylık geliriniz ne kadardır?

- 250 TL'nin altında 250 – 750 TL arası
 751 – 1250 TL arası 1251 – 1750 arası
 1750'den fazla

8- Kurumda kaç yıldır kalmaktasınız?

- 1 yıla kadar 1 – 5 yıl arası
 6 – 10 yıl arası 10 yıl ve üstü

9- Kuruma gelmeden önce kiminle kalıyordunuz?

- Yalnız Eşimle Çocuklarımla
 Kardeşlerimle Akrabalarımla Diğer

10- Kurum dışındaki aktivitelere(konser, gezi, piknik gibi) katılmanızı engelleyen herhangi bir fiziki rahatsızlığınız var mı?

- Yok Var

11- Kurum dışındaki aktivitelere katılmanızı engelleyen herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız varmı?

- Yok Var

12- Kurumda sevgi ve ilgi ihtiyaçlarınız karşılanıyor mu?

- Evet Bazen Hayır

13- Hayat sizce anlamlı ve değerli mi?

- Evet Bazen Hayır

14- Hüzün, ümitsizlik gibi olumsuz duygulara kapıldığınız olur mu?

Evet Bazen Hayır

15- Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

16- (Cevabı evet ise) Ne kadar zamanda bir ziyaret ediliyorsunuz?

Haftada bir Ayda bir

Özel gün ve bayramlarda Diğer

17- Yakınlarınız, akrabalarınız ziyaretinize geliyor mu?

Evet Hayır

18- (Cevabı evet ise) Ne kadar zamanda bir ziyaret ediliyorsunuz?

Haftada bir Ayda bir

Özel gün ve bayramlarda Diğer

19- Kuruma karşı bağlılığınız nasıldır?

Kurumu kendi evim gibi hissediyorum.

Kalacak başka yerim olmadığı için mecburen kalıyorum.

İsteyerek kalmıyorum.

20- Kurumda yapılan sosyal etkinliklerden memnun musunuz?

Evet Hayır

21- Kurumda sosyal arkadaşlık ilişkilerinden memnun musunuz?

Evet Bazen Hayır

22- İhtiyaç hissettiğiniz anda sosyal destek alabileceğiniz birilerini yanınızda bulabiliyor musunuz?

Evet Bazen Hayır

23- Kurumda uygulanan spor ve egzersiz faaliyetlerine katılıyor musunuz?

Evet katılıyorum Bazen katılıyorum Hayır katılmıyorum

24- (Cevabı hayır ise) Neden katılmıyorsunuz?

Sağlık problemlerim nedeniyle Katılmak istemiyorum

Diğer

25- Diğer insanların sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Bazen Hayır

26- Gelecek için umutlu musunuz?

Evet Bazen Hayır