

**T.C.**  
**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KURUMSAL BAKIM GÖREN YAŞLILARIN YAŞAM  
KALİTESİ:**

**MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖZDEN TENLİK**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. MUAMMER TUNA**

**NİSAN, 2017**

**MUĞLA**

**T.C**  
**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**KURUMSAL BAKIM GÖREN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ:**

**MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖZDEN TENLİK**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. MUAMMER TUNA**

**NİSAN, 2017**

**MUĞLA**

T.C.  
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI ADI

KURUMSAL BAKIM GÖREN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ:  
MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZDEN TENLİK

Sosyal Bilimler Enstitüsünce  
“Yüksek Lisans”  
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 28.04.2017

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 06.04.2017

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Muammer TUNA

Jüri Üyesi: Prof. Dr. İsmail TUFAN

Jüri Üyesi: Doç.Dr. Hasan ŞEN

Enstitü Müdürü : Mehmet MARANGOZ

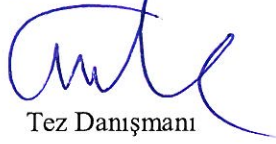
NİSAN, 2017

MUĞLA

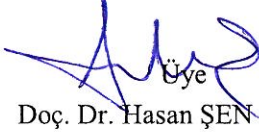
## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 08/03/2017 tarih ve 774/15... sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Özden TENLİK' in "Kurumsal Bakım Gören Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Muğla İli Örneği" adlı tezini incelemiş ve aday 06/04/2017 tarihinde saat 13.00 da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul edildiğine 04/11/17 ile karar verildi.



Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Muammer TUNA



Üye  
Doç. Dr. Hasan ŞEN



Üye  
Prof. Dr. İsmail TUFAN

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Kurumsal Bakım Gören Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Muğla İli Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06/04/2017  
Özden FENLİK  
İMZAŞI

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN**

**MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.**

**Soyadı : TENLİK**

**Adı : ÖZDEN**

**Kayıt No:**

**TEZİN ADI**

**Türkçe : KURUMSAL BAKIM GÖREN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ: MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ**

**Y. Dil : THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WHO RECEIVE INSTITUTIONALIZED CARE:  
THE EXAMPLE OF MUĞLA PROVINCE**

**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans**

**Doktora**

**Sanatta Yeterlilik**

**X**

**O**

**O**

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite : MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

**Fakülte : EDEBİYAT FAKÜLTESİ**

**Enstitü : SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Diğer Kuruluşlar :**

**Tarih :**

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayınlayan :**

**Basım Yeri :**

**Basım Tarihi :**

**ISBN :**

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı : TUNA, Muammer**

**Ünvanı : Prof. Dr.**

TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI: 95

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

- 1.Yaşlanma
- 2.Kurumsal Bakım
- 3.Yaşam Kalitesi

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

- 1.Yaşlılık
- 2.Kurumsal bakım
- 3.Sosyal politika
- 4.Yaşam Kalitesi

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız.

1. Elderliness
2. Social Policy
3. Institutional Care
4. The Quality Of Life

Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum                            | <input type="radio"/>            |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | <input checked="" type="radio"/> |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir      | <input type="radio"/>            |

Yazarın İmzası :



Tarih : 28/04/2017

## ÖZET

### KURUMSAL BAKIM GÖREN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTESİ: MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ

#### ÖZDEN TENLİK

**Yüksek Lisans Tezi, Sosyoloji AnaBilim Dalı**

**Danışman: Prof. Dr. Muammer TUNA**

**Nisan 2017, 95 Sayfa**

Teknolojik, bilimsel, sosyal gelişme ve değişimlerin sonucunda; doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin uzaması, ölümlerin azalması ve doğum oranlarının düşmesi sonucunda dünyadaki yaşlı nüfus sayısı artmaktadır. Yaşlı nüfusun artması sağlık alanında, ekonomik ve toplumsal alanda birtakım sosyal problemleri beraberinde getirmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte oluşabilecek risk ve problemlere karşı çeşitli sosyal politikaların geliştirilmesi ve yaşlıların yaşam kalitesini artırıcı çalışmaları tartışmak son derece önemlidir.

Muğla'da kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin neler olduğu, yaşlıların yaşlılığı nasıl algıladıkları, konu açısından önemli noktaları oluşturmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşlılık, Sosyal Politika, Kurumsal Bakım, Yaşam Kalitesi



## ABSTRACT

### THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WHO RECEIVE INSTITUTIONALIZED CARE : THE EXAMPLE OF MUĞLA PROVINCE

ÖZDEN TENLİK

Master Thesis, Department of Sociology

Advisor: Prof. Dr. Muammer TUNA

April 2017, 95 pages

As a result of technological, scientific and social changes, the number of elderly people in the world is increasing as a result of the prolongation of life expectancy from birth, the decrease in deaths and the decrease in birth rates. Increasing of the elderly population brings a certain number of social problems in the field of health, economical and social. It is very important to discuss the development of various social policies and efforts to improve the quality a life of the elderly aganist the risks and problems that can occur with the aging of the population.

How the factors affecting the quality of life the elderly who receive institutionalized care in Muğla and how they perceive the aging of the elderly are important points.

**Keywords:** *Elderliness, Social Policy, Institutional Care, The Quality Of Life.*

## ÖNSÖZ

Çok yoğun, sancılı ve zor bir süreç olarak deneyimlediğim tez yazımını, akademiye adım atarken duyduğum o ilk heyecanla bitirmenin mutluluğunu yaşıyorum.

Yaklaşık sekiz ay önce tanıdığım 105 yaşındaki Gölköy'lü Mehmet Amca'nın, 105 seneye sığan hayat hikayesi bu çalışmanın kıvılcımını oluşturdu. Değerli büyüğüm *Gölköy'lü Mehmet Amca*'ya,

Mehmet Amca'yla tanışmama vesile olan, yaşlılık ve yaşlanmayla ilgili olarak, benim için yeni bir alanda akademik çalışma yapma düşüncesini oluşturan ve tezimin savunma jürisinde olan *Prof. Dr. İsmail Tufan*'a,

Lisans öğrenciliğimden bu yana, akademik bilgisi, desteğiyle yanımda bulunan ve tezimin savunma jürisinde olan *Doç. Dr. Hasan Şen*'e,

Yaklaşık yedi senedir, sosyolojinin farklı alanlarında usta-çırak ilişkisi gibi çalıştığımız ve her an kendisinden yeni bir şey öğrendiğim; bu çalışmanın ortaya çıkmasında, konunun saptanmasından saha çalışmasına kadar çalışmanın her anında yanımda olan ve benimle aynı heyecanı paylaşan, kopuşlar yaşadığımda desteğini bir kez olsun bile benden esirgemeyen, tez danışmanım ve akıl danışmanım *Prof. Dr. Muammer Tuna*'ya,

Bu süreçte hep anlayışlı ve yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen sevgili ablam *Özlem Tenlik*'e ve annem *Şengül Tenlik*'e,

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında emeğiniz çok büyük, her birinize sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ve elini her daim omzumda hissettiğim sevgili babacığım, yaşasaydın mutlaka benimle gurur duyardın. Bu çalışmayı sana ithaf ediyorum.

Özden TENLİK

06/04/2017 Muğla

## İÇİNDEKİLER

|                       |    |
|-----------------------|----|
| ÖNSÖZ.....            | I  |
| İÇİNDEKİLER.....      | II |
| TABLolar LİSTESİ..... | IV |
| GİRİŞ.....            | 1  |

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### YAŞLANMA VE YAŞLILIĞIN DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DEKİ BOYUTU

|  |    |
|--|----|
| 1.1.Yaşlanma ve Yaşlılık.....  | 4  |
| 1.2. Yaşlılık Teorileri.....   | 9  |
| 1.2.1.Biyolojik Teoriler.....  | 11 |
| 1.2.2. Psiko-sosyal teoriler.....                                    | 14 |
| 1.3.Sosyal Bir Problem Olarak Yaşlılık.....                          | 21 |
| 1.4.Dünyada Yaşlı Nüfus.....   | 30 |
| 1.5. Türkiye'de Yaşlı Nüfus.....                                     | 33 |
| 1.6. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Politikalar..... | 37 |
| 1.6.1 Sosyal Güvenlik Sistemi.....                                   | 40 |
| 1.6.2 Yaşlılara Yönelik Barınma Ve Bakım Hizmetleri.....             | 42 |
| 1.6.2.1. Evde Bakım Hizmeti.....                                     | 46 |
| 1.6.3. Aktif Yaşlanma.....   | 48 |

### İKİNCİ BÖLÜM

#### ÇALIŞMANIN YÖNTEMSEL MODELİ

|   |    |
|---|----|
| 2.1. Amaç, Kapsam ve Sınırlılıklar .....            | 52 |
| 2.2. Çalışmanın Temel Soruları ve Varsayımları..... | 54 |

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**ALAN ARAŞTIRMASI, BULGULAR VE DEĞERLENDİRME**

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Alan Araştırması Hakkında.....    | 57 |
| 3.2. Temalar.....                      | 60 |
| 3.2.1. Hayattan Memnun Olanlar.....    | 62 |
| 3.2.2. Hayattan Memnun Olmayanlar..... | 78 |

**DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**  
**GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ.....**

|               |    |
|---------------|----|
| KAYNAKÇA..... | 91 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 95 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|  |    |
|--|----|
| Tablo 3.1:Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Sosyal Güvence, Çocuk Sayıları, Meslek Grupları ve Eğitim Düzeyleri..... | 62 |
| Tablo 4.1: Ana Temalar ve Ana Temaların Alt Kategorileri.....  | 87 |
| Tablo 4.2:Katılımcıların İlgilendikleri Hobiler ve Hayattan Memnuniyet Düzeyleri.....                            | 89 |
| Tablo 4.3: Katılımcıların Sağlık Durumları ile Hayattan Memnuniyet Düzeyleri.....                                | 90 |
| Tablo 4.4:Katılımcıların Sağlık Probleminin Olmaması ile Hayattan Memnuniyet Düzeyleri.....                      | 90 |
| Tablo 4.5:Katılımcıların Sağlık Probleminin Olması ile Hayattan Memnuniyet Düzeyleri.....                        | 91 |
| Tablo 4.6: Katılımcıların Sağlık Durumları, Sosyal Güvenceleri ve Hayattan Memnuniyet Düzeyleri.....             | 91 |

## GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Özellikle endüstri devriminden sonra yaşanan teknolojik, sosyal gelişmelerle birlikte insan ömrü uzamaya başlamıştır. 1900'li yıllarda insan ömrü ortalama 40 yıl iken, günümüzde bu süre yaklaşık iki kat uzayarak insan ömrü ortalama 80 yıla çıkmıştır. Dolayısıyla 1900'li yılların yaşlısı neredeyse bugünün genci konumuna gelmiş; yaşlı ve yaşlılık tanımında da farklılıklar meydana gelmiştir.

Yaşlılığın biyolojik, kronolojik, hukuksal, psikolojik ve sosyolojik olarak farklı tanımları yapılabilir; fakat genellikle yaşlılık tanımı yapılırken kronolojik tanım göz önünde bulundurulmaktadır. Özellikle endüstriyel ülkelerde ve endüstrileşmekte olan ülkelere altmış yaş ve üzerindeki emekliye ayrılmış bireylere yaşlı denilmektedir; ancak bu tanım yaşlı ya da yaşlılığı anlamak açısından çok da yeterli değildir (Tufan, 2007:88). Yaşlanma sürecinin ve yaşlılık döneminin anlaşılabilmesi için takvimsel durumla birlikte bireyin yaşadığı mekân (yer/ülke), refah durumu ve yaşam kalitesi de son derece önemlidir. Refah düzeyi yüksek olan ülkelere birey yetmiş yaşına da gelse gelecek planları yapıp toplumdan soyutlanmadan aktif bir şekilde hayata katılıp üretken ve bağımsız bir yaşlılık geçirebilmektedir. Bu bağlamda yaşlılık; toplumsal gelişmişliğe bağlı olarak toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte bireyin sağlık, sosyal ve psikolojik durumuna bağlı bir değişken olarak yaşanan yer ve zamana göre de çeşitlilik gösterebilen bir kavramdır. Birçok değişkene bağlı olarak farklılık gösteren yaşlılık aynı zamanda üzerinde çalışılması gereken bir konudur; çünkü günümüzde daha çok insan daha uzun yaşamaktadır. Bundan çok değil, yaklaşık elli sene önce çocukluk, gençlik ve yaşlılık olarak üçe ayrılan yaşam süresi günümüzde çocukluk, gençlik, yaşlılık ve ileri yaşlılık olarak dört kategoride incelenmektedir.

İnsan ömrünün uzaması ve daha çok yaş alma ile meydana gelen biyolojik değişimler bireyin sosyal yaşamını ve günlük faaliyetlerini etkilemektedir. Özellikle de toplumsal koşullar yaşlanma sürecinde bireyin yaşam kalitesini son derece etkilemektedir. Yaşam kalitesi hayatın her döneminde şüphesiz önemlidir; ancak biyolojik olarak görece kısıtlanan hatta kayıplar yaşanan yaşlılık döneminde çok daha önem arz etmektedir.

Yaşam kalitesi genel olarak mutlu olma ya da yaşamdan hoşnut olma genel anlamda da iyi olma durumu olarak adlandırılmaktadır. Yapılan birçok farklı araştırma yaşlanma ile yaşam kalitesi arasında ters orantı olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda yaşlanma sürecinde yaşam kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (Akın vd, 2015:117). Örneğin İsviçre’de bu konu üzerinde önemli çalışmalar yapılmaktadır; çünkü OECD ülkeleri içerisinde ortalama ömür beklentisi görece yüksek olan bir ülke olmakla birlikte günümüzde erkeklerin ortalama ömür beklentisi 81 yaş, kadınların ortalama ömür beklentisi de 85 yaşdır. İsviçre OECD ülkeleri arasında yaşlı nüfusun en fazla olduğu ülkelerden birisidir. Bu bağlamda yaşlı nüfusun yaşamın bir parçası olmasını hedefleyerek, yaşlı nüfusun aktif hayata katılacağı çeşitli politikalar yürütmektedir. 2003 yılında düzenlenen “İsviçre için yaşlanma ve istihdam politikaları” raporunda yaşlılar için daha fazla süre istihdamın sağlanması ve yaşlı iş gücü için işe alım sürecindeki engellerin kaldırılması gibi çeşitli yenilikler sağlanmıştır. İsviçre’nin yaşlı istihdamı ile ilgili temel öngörüsü “Yaş ile birlikte daha iyi çalışmak” tır. Bu ise yaşlıların yaşama aktif katılımını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte İsviçre’de yaşlıların mekânsal alanlardan uzak kalmayıp sosyalleşebilmeleri ve kentin kamusal alanlarından yararlanabilmeleri için çeşitli projeler geliştirilmiştir (Erol, 2015:64-72). Böylelikle yaşlılar kentin farklı alanlarına erişebildikleri gibi toplumsal yaşama da aktif olarak katılmış olurlar. Yaşlılar için ortaya konulan bu ve buna benzer projelerin kendi ülkemiz içinde geliştirilerek hayata geçirilmesi gerekmektedir. Türkiye’nin nüfus yapısı incelendiğinde; Avrupa ülkeleri içerisinde genç bir nüfusa sahip olduğu görülmektedir ancak bu yaşlılık probleminin ülkemizde olmadığı anlamına gelmemektedir. 1960’lı yıllardan itibaren yaşlıların sayısının ve oranının sürekli arttığı görülmektedir. Yeni doğan ölümlerinin azalması ve yaşam koşullarında meydana gelen olumlu değişimlerle birlikte yaşam süreci uzamaya başlamıştır. Türkiye geneli için bugün doğuştan beklenen yaşam süresi 78 yıldır. Yeni doğan bir kız ortalama 80,7 yıllık bir yaşam süresine sahip olabilmekte; yeni doğan bir erkekte ortalama yaşam süresi beklentisi değişmekte; 75,3 yıl olmaktadır (TÜİK,2016). Dolayısıyla ülkemizde hızla yaşlanan bir nüfus bulunmaktadır. TÜİK’in Yaşlılık 2014 Raporuna göre 65 yaş ve üzeri bireyler toplam nüfusun %8 ‘ini oluşturmakta; bu oranın 2023 yılında 10,2 olacağı, 2075 yılında ise 27,7 olacağı

öngörülmektedir (Erol, 2015:71). Buradan da anlaşılacağı üzere; ülkemizde hızla artan yaşlı bir nüfus yer almaktadır. İlerleyen yıllarda yaşlı nüfus genel nüfusun önemli bir kısmını oluşturacaktır. Bu bağlamda ülkemizde de yaşlılar ile ilgili yaşam kalitesini artırıcı çalışmalar yapılarak yaşlılık döneminin aktif, bağımsız ve sağlıklı bir şekilde geçirilmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada genel olarak yaşlı ve yaşlılığın ne olduğu, bunu destekleyen yaşlılık teorileri, yaşlılık problemleri ve yaşlıların yaşam kalitesi tartışılacaktır. Çalışmanın ilk bölümünde; yaşlanma ve yaşlılığın ne olduğu, yaşlılık teorileri, yaşlılığın sosyal bir problem olarak görülmesinin nedenleri, Dünya’da ve Türkiye’deki yaşlı nüfusun durumu ve buna bağlı olarak yaşlıların yaşam kalitesini artırmaya yönelik politikalar tartışılacaktır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise Muğla’nın Menteşe ilçesindeki huzurevinde yaşayan ve kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kaliteleri ve yaşlılığa bakış açılarının araştırıldığı saha çalışmasının yöntemsel modeli üzerinde durulacaktır. Çalışmanın üçüncü bölümünde; elde edilen bulgular tartışılacak dördüncü bölümde ise; çalışmanın genel bir değerlendirilmesi yapılacak ve sonuç kısmı yer alacaktır.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### YAŞLANMA VE YAŞLILIĞIN DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DEKİ BOYUTU

#### 1.1.Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma ve yaşlılık temelde biyolojik bir süreci kapsayan olgudur; ancak biyolojik faktörlerin yanında sosyolojik, psikolojik ve toplumsal koşullardaki farklılıklar da yaşlanmayı etkileyen önemli faktörlerdir. Toplumsal ve çevresel koşulların değişmesi insanın yaşam süresini etkilemiştir.

Bilinen ilk insan olan *Homo Habilis*'in Afrika'da yaşadığı ve ortalama ömürlerinin 20 sene olduğu yapılan antropolojik çalışmalarla tespit edilmiştir. Bugünkü insanların (*Homo Sapiens Sapiens*) atasını oluşturan *Homo Sapiens*'ler yaklaşık 40 bin yıl öncesinde yaşamışlardır. Homo Sapienslerin yaşadıkları çevresel koşullarla birlikte örgütlenerek ve avcılık yaparak görece dengeli beslenmeleri sonucunda ortalama ömürleri uzadığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. İnsanın ortaya çıkışından günümüze kadar geçen süreçte yaşanan çevresel ve toplumsal etkiler; göçebe yaşamdan yerleşik yaşama geçilmesi; toplayıcılık ve avcılıktan tarım ve hayvancılığa geçilmesi özellikle beslenme alışkanlığını değiştirmiş bu olumlu değişimler ise ömür beklentisinin uzamasına yol açmıştır (Akın, 2003:1-8). İnsan ömrünün uzaması dolayısıyla yaşlanma biyolojik, sosyal, çevresel faktörlere bağlı olarak toplumdan topluma farklılık gösterebilmektedir.

Yaşlı tanımı genel olarak; biyolojik, fizyolojik ve psikolojik yönden gerilemelere bağlı olarak yaşamsal aktivitelerini üst düzeyde sürdüremeyecek duruma gelen insanlar için kullanılmaktadır. Ülkemizde Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nin yaşlı tanımı "60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişi"dir (Resmi Gazete, 24325 Sayı). Birleşmiş Milletler 60 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı olarak kabul ederken birçok gelişmiş ülke sosyal güvenlik sisteminden yararlanmak için 65 yaş ve üzerindeki insanları yaşlı olarak kabul etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1963 yılında yaşlılar ile ilgili düzenlediği toplantıda 60 yaş ve üzerini insanları yaşlı olarak kabul ederken; 45-59 yaş arasını orta yaş, 60-74 yaş arasını yaşlılık, 75-89 yaş arasını ileri yaşlılık,

90 ve üstünü ise ihtiyarlık olarak belirtmiştir. Ancak 1980'li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bu kategori değiştirilerek yaşlı tanımını; 65 yaş ve üzerinde olup çevreye uyum sağlayabilme yeteneğini kaybeden olarak değiştirmiş, 65-74 yaş arasını genç yaşlılık, 75-84 yaş arasını orta yaşlılık, 85 ve üstü yaşı da ileri yaşlılık olarak kategorileştirmiştir (Gürboğa ve Karakuş, 2015:77). Buradan da anlaşılacağı üzere; insanın yaklaşık olarak 2,5 milyon yıl önce başladığı yaşam serüveni ve ömür beklentisi, biyolojik, çevresel, sosyal ve toplumsal koşullar göz önüne alındığında ortalama 80 seneye ulaşmıştır. İsmail Tufan, Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu adlı kitabında bunu şu şekilde yorumlamıştır: “*Yaşlılık yaşam koşullarıyla, toplumsal norm ve değerlerle, kültürel özelliklerle bağlantılı olduğundan yaşlı insanın kim olduğu ve onun nasıl bir yaşam dünyasına sahip olduğu toplumdaki topluma farklı yorumlanacaktır*”(Tufan, 2007:32).

Yaşlı ve yaşlılık üzerine yapılan tanımlar zaman ve mekâna göre toplumsal koşulların etkisiyle de değişebilmektedir. Örneğin; XVI. ve XVII. Yüzyılda bedensel güç kaybına uğrayan kişilere yaşlı denilirken, yaşlılık kronolojik olarak tanımlanan bir süreç olmamıştır; ancak bu çağlarda yaşayan yaşlılar toplum tarafından bir işe yaramayan, kabul görmeyen ve saygı duyulmayan varlıklar olarak görülmüşlerdir. XVIII. Yüzyılda ise yaşlı insanlar toplum tarafından kabul edilmeye başlamış yaşam süresine dışarıdan etki edilip edilmeyeceği sorusu tartışılmaya başlamıştır. XVIII. Yüzyıl, Avrupa’da dönüm noktalarını oluşturan bir çağ olmuştur. Özellikle İngiltere’de başlayan Endüstri Devrimi ve daha sonrasında yaşanan Fransız Devrimi’yle birlikte eğitim-öğretim geniş kitlelere yayılmış, tıp bilminde gelişmeler yaşanmış bununla birlikte toplumsal yaşam önemli bir şekilde değişmeye başlamıştır. Bu gelişmeler XIX. Yüzyılda artarak devam etmiş ve yaşlıları konu alan çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Buradaki en önemli faktör; endüstri devrimiyle birlikte yaşanan teknolojik gelişmeler; aynı zamanda tıp, kimya, biyoloji, farmakoloji gibi bilimlerin ve ilaç sanayiinin gelişmesi sonucunda insan ömrünün uzamaya başlamasıdır (Tufan, 2002:19-22). XX. Yüzyıldan itibaren yaşlanma süreci ve yaşlılıkla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış; özellikle yaşlıların sosyal ve ekonomik güvencelerini konu alan çalışmalar yapılmıştır ancak endüstrileşme sürecine girmeyen ve bunun dışında kalan ilkel toplumlarda da yaşlanma ve yaşlı kavramı farklılık gösterebilmektedir.

Yaşlılık ile ilgili literatür incelendiğinde ilkel toplumların hepsinin araştırılmadığı; en çok araştırılan ilkel toplumların kutuplarda yaşayan toplumlar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu toplumlarda yaşlılar öldürülmektedir. Diğer taraftan Afrika’da yaşayan ve kabile hayatı sürdüren ilkel toplumlar araştırılmıştır. Bunun temel nedeni ise; kuşaklar arasındaki sınıflandırma biçimleridir (Tufan, 2002:28).

İlkel toplumlarda; *Fiziksel ve Fonksiyonel Değişime Ayarlı Topumlarda Yaşlılık, Kuşakların Sınıflara Ayrılması ve Yaşlılık, Üreme Döngüsündeki Konuma Ayarlı Topumlarda Yaşlılık ve Kıdem Sınıflandırma Sistemi ve Yaşlılık* olmak üzere dört farklı temel yaşlı ve yaşlılık türü bulunmaktadır (Tufan, 2002:29-32).

*Fiziksel ve Fonksiyonel Değişime Ayarlı Topumlarda*, kronolojik yaşın önemi yoktur. Bir insanın yaşlı olup olmadığı toplum içerisinde üstlendiği görevle belli olmaktadır. Fiziksel olarak gücünü ve üreme yeteneğini yitirmiş insanlar yaşlı olarak kabul edilmektedir. Örneğin; ava gidemeyen ya da küçük çocuklarla ilgilenen gücü kendisinde bulamayan insanlar bu toplumda yaşlı olarak nitelendirilmektedir (Tufan, 2002:29).

*Kuşakların ve Yaşlıların Sınıflara Ayrıldığı* toplumlarda her insan belli bir grubun üyesidir. Aynı grupta bulunanlar “yaşıt” olarak kabul edilmektedir ancak buradaki “yaşıt” kavramının takvimsel yaşla bir ilgisi bulunmamaktadır. Belli bir gruba dahil olan insanlar arasında kronolojik olarak yaş farkı bulunabilir ancak aynı grupta yer aldıkları için yaşıt olarak kabul edilmektedirler. Bu toplumdaki en belirgin özelliklerden biri, yaklaşık sekiz yılda bir, bir üst kademeye yükselerek yeni haklar elde etmektedirler. Kenya’da yaşayan Orowo’lar bu toplum tipine örnek gösterilebilir (Tufan, 2002:30).

*Üreme Döngüsündeki Konuma Bağlı Topumlarda*, kişinin statüsü yaşadığı topluma yeni bireyler kazandırabilme ya da bu yeteneğini kaybetmesine bağlı olarak değişmektedir. “Yaşlı” olmak bu toplumlarda özlenen bir özelliktir. Evlenmemiş, çocuksuz yaşlı kadın ya da erkekler bu toplumlarda yaşlı statüsüne erişemezler. Toplumda kişinin statüsünü belirlemesi kronolojik bir yaşa bağlı değildir; evlilik çağında bulunma, üreme yeteneğinin olması, boşanmış olmak ya da dul olmak gibi çeşitli özelliklere bağlı olarak değişmektedir (Tufan, 2002:30-31).

*Kıdem Sınıflandırma Sistemine Bağlı Toplumlarda*, kişinin statüsünü yaşı değil, ardından gelen kuşak belirlemektedir. Dünyaya gelen her yeni kuşak sayesinde, bir kıdem ileri doğru kaymaktadır. Bir kimsenin arkasında ne kadar fazla nesil bulunuyorsa toplum içerisindeki statüsü de buna bağlı olarak artmaktadır. Bu tür toplumlarda kronolojik yaş tamamen önemsiz sayılmasa da belirleyici bir unsur olarak görülmez. Bu toplumlarda yaşlılık geride bırakılan kuşağın sayısı ile tanımlanmaktadır (Tufan, 2002:31).

İlkel toplum çeşitleri sadece bu dört toplumla sınırlandırmak mümkün olmamakla birlikte; bu dört toplum çeşidi ilkel toplumlardaki temel farklı toplum tipleridir. Bu toplumlar arasında da farklı ara toplumlar yer almaktadır (Tufan, 2002:31). Burada dikkat edilmesi gereken konu “yaşlı” ve “yaşlılığın” toplumdan topluma dolayısıyla kültürden kültüre farklılık göstermesidir.

**Yaşlanma;** canlının oluşumundan yaşamın bitimine kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreç aynı zamanda insanın yaş aldıkça geri dönüşü olmayacak şekilde yıpranması ve işlevlerinde bozulmaya başlaması anlamına gelmektedir. Yaşlanma insanı etkileyen biyolojik, ruhsal, sosyal ve patolojik bir süreci de kapsamaktadır. Bu bağlamda yaşlanmanın farklı tanımları olduğu görülmektedir.

**Kronolojik Yaşlanma;** bireyin doğumdan itibaren geçen yaşını tanımlamaktadır. Takvim yaşı büyük olanlar, küçük olanlara göre yaşlı sayılmaktadır. Genellikle 65 yaş ve üzerinde olan kişiler yaşlı olarak kabul edilmektedir.

**Biyolojik Yaşlanma;** yumurtanın döllenenmesinden başlayıp yaşla birlikte bireyin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimlerdir. Organlar düzeyinde, fonksiyonun azalması vücudun yapısal ve işlevsel olarak değişmesidir.

**Patolojik Yaşlanma;** normal biyolojik yaşlanma sürecinden ayrı olarak hastalıklara bağlı olarak gelişen yaşlanmadır.

**Ruhsal Yaşlanma;** bireylerin yaşlılık döneminde geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlardaki değişimleri tanımlamaktadır.

**Sosyal Yaşlanma;** bireylerin toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmaya birlikte değişmesini ifade etmektedir. Bireyin toplum

yaşamında, çalışma ve sosyal işlerinde gücünün ve yeteneğinin azalarak kaybolması, ayrıca bireyin toplumsal rol ve beklentilerinin değişmesidir (Kalınkara, 2014:8-9).

**Ekonomik Yaşlanma;** yaşlılık döneminde özellikle emeklilik etkisiyle değişen gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde getirdiği değişiklikleri ifade etmektedir (Oğuz, 2007:6).

Yukarıda da ifade edildiği gibi yaşlanmanın farklı türleri ve tanımları yapılmaktadır. Burada önemli olan nokta; biyolojik yaşlanmanın her toplum ve her kültürde aynı olduğu; ancak yaşlanmayı etkileyen toplumsal koşulların kültürler arasında farklılık gösterdiği ve bu da farklı yaşlanmalara ve yaşlılığa yol açmasıdır.

**Yaşlılık;** genel anlamda yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileri döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2011:5-6). Yaşlılık tanımını sadece kronolojik çerçevede sınırlandırmak yeterli olmayacaktır. Yaşlılık tanımı yapılırken biyolojik, takvimsel, sosyal, psikolojik ve toplumsal koşullar da göz önünde tutulmalıdır. Özellikle XIX. Yüzyılda Avrupa’da yaşanan toplumsal değişimler sonucunda ortalama ömür beklentisi uzamaya başlamış ve ilk defa yaşlılığı konu alan çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

XIX. Yüzyıl tıp, kimya, fizik biyoloji gibi çeşitli bilim dallarında çalışmalar yapılmış, çeşitli hastalıklara ilaç ve tedavi yöntemleri uygulanmış aynı zamanda yaşanan Endüstri Devrimi ile toplumsal hayat yeniden inşa edilmiş; çalışma ortamları düzenlenmiş sağlıklı çalışma ortamları yaratılmış ve bununla birlikte birçok teknolojik yeniliklerin meydana gelmesi neticesinde birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde insan ömrü uzamaya başlamış ve yaşlılık doğal bir fenomen hâline gelmiştir (Tufan; 2002:53).

İnsan ömrünün uzamaya başlamasındaki en önemli sebeplerden biri, ölüm oranlarında görülen düşüştür. İnsan yaşamını tehdit eden; açlık, savaş ve hastalıklar bir toplumda görülmeye başladığı zaman ortalama yaşam süresinde azalmalar görülmektedir. Almanya, Norveç ve İsveç’te görülen bu üç unsur XVII. Yüzyıldan XX. Yüzyıla kadar insan yaşamını etkileyerek normal ölüm oranlarının iki üç katına çıkmasına sebep olmuştur. 1740-1770 yılları arasında bütün Avrupa’da tarım sektörü ciddi bir şekilde sıkıntıya uğramış ve elde edilen ürün halka yeterli gelmediğinden

dolayı kıtlık meydana gelmiştir. Bunun sonucunda kitlesel ölümler meydana gelmesiyle ölüm oranında ciddi artış yaşanmıştır. 1756 ve 1763 yılları arasında yaşanan “Yedi Yıl Savaşları” nda Berlin’in Avusturya, Rusya ve Fransa tarafından üç kere işgal edilmesi ölüm oranlarını yükseltmiştir. Bununla birlikte İsveç ve Berlin’de 1700’lü yılların başında her bin kişiye düşen ölüm sayısı 40 iken, 1800’lü yılların başından 1875 yılına kadar da azalarak binde 30’a 1875 yılından itibaren de binde 10’a kadar düşmüştür. XIX. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren özellikle bebek ölüm oranlarında düşmeler meydana gelmiştir. Örneğin; İsveç’te XVIII. yüzyılda ortalama yaş 35,2 yıl iken bu oran bebek ölümlerinin azalmasıyla artmıştır. Eğer ölümler doğumdan sonra bir yıl içinde gerçekleşmez ise yaşam beklentisi ortalama 44,4 yıla çıkmakta ve 15 yaşına gelen bir insanın yaşam beklentisi ise ortalama 56,9 yıl, 50 yaşından itibaren 68,9, 65 yaşından itibaren 75,3 ve 80 yaşından sonra 84,7 yıla ulaşmaktadır (Tufan, 2002:69).

Bebek ölümlerinin azalması, doğum oranlarındaki düşüş ve ortalama ömür beklentisinin uzamasıyla birlikte toplumdaki yaşlı sayısı artmaya başlamış ve XIX. Yüzyıldan günümüze kadar dünyadaki yaşlı nüfus artmaya devam etmiştir. Buna bağlı olarak da yaşlılığı konu alan çalışmalar yapılmaya başlanmış; yaşlılık yer ve zaman bağlamında ele alınarak çeşitli sosyal teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır.

## **1.2.Yaşlılık Teorileri**

Demografik veriler incelendiğinde yaşlı sayısının genel olarak artmakta olduğu görülmektedir Bununla birlikte yaşlı nüfus oranı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran toplam nüfus oranına göre fazla iken, Türkiye’de bu oran görece daha azdır. Ancak bu Türkiye’nin yaşlılık problemi olmadığı ya da olmayacağı anlamına gelmemektedir dolayısıyla yaşlılık, yaşlıların yaşam koşulları, yaşlılığı şekillendiren sosyal süreçlerin araştırılması son derece önemlidir. Bu bağlamda Gerontoloji ve Yaşlılık Sosyolojisi; yaşlanmayı etkileyen faktörleri ve yaşlılık problemlerini araştıran önemli bilimlerdir.

Gerontoloji; yaşlanmanın ve yaşlılığın bedensel, sosyal, tarihsel ve kültürel yönleriyle ilgilenen bununla birlikte çeşitli bilimlerin bakış açılarını dikkate alarak yaşlanma ve yaşlılığı inceleyen ve yapılandıran bilim dalıdır (Tufan, 2015:11).

Yaşlılık Sosyolojisi ise; birçok bilim gibi Gerontolojiye katkıda bulunmaktadır. Genel olarak; sosyal yaşlanma kavramına dikkati çekerek, yaşlının sosyal uyumu, yaşlının kendini algılaması, yaşlının topluma aktif katılımının sağlanması, yaşlılığın toplum tarafından değerlendirilmesi ve yaşlılığa yönelik politikaların belirlenmesinde temel oluşturacak yaklaşım ve kuramlarla ilgilenmektedir (Görgün-Baran, 2003:37). Yaşlılık konusu ile ilgili araştırmalar yapan sosyologlar, yaşlılığın sosyal bağlamı, bireysel değişimi, sosyal bağlam ile bireysel değişim arasındaki karşılıklı ilişkiyi odak noktaya almaktadırlar. Sosyologların yaşlılığın sosyal bağlamı ve sosyal yapılanması üzerine odaklanmaları 3 farklı analiz türüyle açıklanmaktadır. Bunlardan birincisi yaşam süresi, ikincisi deneyimlerin örüntülenmesi ve üçüncüsü de sosyal kurumlar ve sosyal değişimdir (Görgün-Baran, 2003:43).

Yaşam süresi, bireyin doğumundan itibaren geçirdiği çeşitli aşamaları dikkate alarak, yaşamını doğal akışı içinde sürdürmesidir. Genel tanımıyla; *"bireylerin olgunlaşırken izlemeleri ve yaşamları boyunca geçmeleri beklenen rol ve grup üyeliği dönemini ya da yaşla ilgili ilerlemeyi içeren bir kültürel ideal olarak"* da tanımlanmaktadır. Yaşam süresinde; yaşam zamanı ve sosyal zaman kavramları önemlidir. Yaşam zamanı; biyolojik zamanla ilgili olgunlaşmanın evrelerini tanımlamaktadır. Sosyal zaman ise; toplumun yaşam evrelerine verdiği anlamlar, beklentiler ve tanımları ifade etmektedir. Özetle yaşam süreci; sosyal olarak yapılanan, kültürel ve tarihsel olarak spesifik rol ve beklentilerden oluşmaktadır (Görgün Baran, 2003:44).

Deneyimlerin örüntülenmesi ise; yaşlanma sürecinin çeşitli deneyimlerden meydana geldiğini; bu deneyimlerin de yaşamın akışını sağladığını ifade etmektedir. Deneyimler farklılık gösterecektir. Bu noktada; ırk, etnik köken, cinsiyet ve toplumsal sınıf deneyimlerin örüntülenmesinde önemli kavramlar olacaktır. "Örneğin; yaşlılık Kızılderili bir kadınla ekonomik açıdan güven içinde olan Afrika kökenli Amerikan erkek için aynı mıdır sorusunun yanıtı muhtemelen değildir. Yaşlılıkta farklılık adı verilen Yaşlılık Sosyolojisinin bu boyutu, farklılıkların kaynağını sorgular ve farkın örüntülerine bakmaktadır" (Görgün-Baran, 2003:45).

Sosyal Kurumlar ve Sosyal Değişim ise; yaşlılık süreciyle daha geniş kapsamlı ilgilenen bu kapsamda araştırmalar yapan sosyologların ilgi odağı olmaktadır. Toplum ve toplumdaki sosyal kurumların (aile, sağlık, ekonomi vb.) yaşlanan nüfustan nasıl etkilendiği ve yaşlanan nüfusun bu kurumlar üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu noktasına odaklanmaktadır (Görgün-Baran, 2003:46).

Bu üç farklı analiz türü yaşlılıkla ilgilenen sosyologların inceledikleri ve çalıştıkları konularının hepsini içermemekle birlikte; yaşlılığın sosyal bağlamı ve sosyal yapılanması üzerine fikir oluşturması bakımından önem taşımaktadır. Yaşlanma sürecinin sosyolojik bakış açısının irdelenmesi, yaşlılığın ne olduğu, toplumdaki topluma nasıl fark gösterdiği, bireyler ve toplumlar arasında yaşlılığın statüsünün ne olduğu ve yaşlılığın topluma aktif katılımı sorularına yanıt aranması şüphesiz Gerontoloji biliminin çalışmalarını destekleyecektir. Bununla birlikte yaşlanma sürecini etkileyen faktörlerin anlaşılmasında, yaşlılıkla ilgili teorilerin ortaya konulmasında ve yaşlılıkla ilgili oluşturulacak politikaların belirlenmesinde önem taşıyacaktır.

Yaşlanma süreci ve yaşlılıkla ilgili çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu teoriler genel olarak biyolojik teoriler ve psiko-sosyal teoriler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Biyolojik teoriler; genellikle yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikleri ele almakta; bunu ise genetik yapıyla ilişkilendirmektedir.

### **1.2.1. Biyolojik Teoriler**

Günümüzde en çok destek gören ve tartışılan biyolojik teoriler şunlardır:

#### **\*DNA Hasar Teorisi**

DNA genetik yapımızı oluşturmakla birlikte; yaşayan organizmanın hücrelerinde DNA hasarı sürekli oluşmakta bu bir taraftan da tamir edilmektedir. DNA'da yıllar boyu süren bu hasar sonucunda hücre, doku, organı bozmakta bu ise hücre ölümüne ya da yaşlanmaya neden olmaktadır.



### **\*Serbest Radikaller Teorisi**

1956 yılında Denham Harman tarafından ortaya atılan serbest radikaller teorisi (Oğuz, 2007:14), en çok kabul edilen ve incelenen teoridir (Kalınkara, 2014:99). Serbest radikaller, kimyasal yapılarındaki dış yörüngelerinde tekli elektron bulundurmaları nedeniyle kimyasal açıdan oldukça aktif maddelerdir. Vücudun metabolik faaliyetleri sonucunda artık madde olarak besinler yoluyla ve solunumla vücuda girerek hücrelerde bulunabilirler (Oğuz, 2007:14). Serbest radikaller, hücre içerisinde oluşarak, hücre zarını, yaşamsal proteinleri, yağları ve genetik yapıyı hasara uğratmaktadır. Haşere kontrol ilaçları, sigara dumanı, stres, radyasyon, virüsler ve güneş ışınlarının bir kısmı olan ultraviyole ışınları serbest radikal yaratan kaynaklardan bazılarıdır. Serbest radikaller etkilediği maddenin normal görevini yapmasını engel olur ve hasar meydana getirir (Kalınkara, 2014:99). Serbest radikaller teorisine göre yaşlanma, hücre proteinlerinde ve genetik yapılarda meydana gelen bozulmaların sonucunda gerçekleşmektedir (Aiken, 1995; Clark ve Perry, 1989'dan aktaran Oğuz, 2007:15).

### **\*Genetik Teori**

Yaşlanmanın genetik kodlarda yazılı olduğu bundan dolayı da bireyin ne zaman yaşlanacağına belli olduğunu savunan genetik teori görüşü içerisinde biyolojik yaşlanmayı açıklayan birçok kuram da yer almaktadır. Örneğin programlı yaşlanma teorisine göre DNA'da bulunan ve biyolojik özellikleri belirleyen genlerin yanında, biyolojik olarak yaşlanma sürecini başlatan genler de bulunmaktadır. Bu genler canlının ne zaman yaşlanma sürecine gireceği ve bu sürecin nasıl gelişeceğini de belirlemektedir (Brown, 2000; Cox, 1993; Gavrilov ve Gavrilov, 2002; Özgül, 2000; Zülal, 2001'den aktaran Oğuz, 2007:16). Genetik yapıdaki hücrelerde meydana gelen değişimler yaşlanmaya neden olmaktadır. Genetik teoriler içerisinde yer alan "Somatik Mutasyon Teorisi" DNA'daki mutasyon, kısalma ya da kopma gibi çeşitli hasarların yaşlanmaya neden olduğunu belirtirken, "Hata Teorisi" ise RNA'da sentezlenen enzim ve proteinlerdeki birikimli hataların yaşlanmaya neden olduğunu belirtmektedir (Oğuz, 2007:16).

### **\*İmmünolojik ve Endokrin Teori**

Bu teoriye göre yaşlanmanın sebebi, bireyin yaş almasıyla birlikte hormonların düzeyindeki azalma ya da bağışıklık sistemindeki zayıflamadır. Bağışıklık sistemi doğuştan zayıf bir hâldeyken, sonrasında vücudun antikor sağlaması ve yapılan aşılarla birlikte vücutta hastalıklara karşı bağışıklık sisteminin artması yaklaşık 40 yaşına kadar devam etmektedir. Bu teoriye göre yaşlılığın meydana gelmesinde; ilerleyen yıllarda ise bağışıklık sisteminin gerilemeye başlaması ve vücut kendisini yaralanmalara, hastalıklara karşı koruyamaması etkindir (Oğuz, 2007:13).

### **\*Aşınma Teorisi**

Bu teoriye göre; bedende yaşamsal fizyolojik dengeyi sağlayan homeostatik mekanizmalar yaşlanmada rol oynamaktadır. Buna göre yaşlanma, homeostatik kusurların ortaya çıkışı ve artması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yaşlanmayla birlikte, organizmanın vücut dengesini toparlayabilmesi azalmaktadır. Örneğin genç bireyler toplumsal ya da çevresel değişimlere stres gibi olumsuz durumlara görece daha kolay dayanabilirken bu durumlar yaşlıların yaşamını tehdit edebilmektedir.

### **\*Hücrel Yaşlanma Teorisi**

Canlı organizmadaki hücrelerin büyük bir bölümü üremeyi ve yenilemeyi sürdürmektedir ancak bu üreme yaşla birlikte kusurlu olabilmekte ya da değişime uğrayabilmektedir. Leonard Hayflick ise, hücrelerin sonsuz üreme güçlerinin aslında yaşlanma mekanizması olabileceğini ileri sürmektedir; hücreler çoğaldıkça bozulma olasılıkları da artmaktadır.

### **\*Strese Fizyolojik Tepkinin Azalan Yeterliliği Teorisi**

Yaşlanmanın fizyolojik, toplumsal ve psikolojik yönlerini bir arada açıklayan en geniş yaşlanma teorisidir (Kalınkara, 2014:101).

### **\*Yaşlanmayı Metabolik Artıkların Birikmesiyle Açıklayan Teori**

Teori, artıkların yaşlılık nedeni olmasından çok belirtisi olduğu biçiminde eleştirilmektedir. Bununla birlikte, biriken artık maddelerin yaşla ortaya çıkan değişimlerde önemli rol oynamaktadır.

#### **1.2.2. Psiko-sosyal teoriler**

Psiko-sosyal teoriler ise yaşlı bireyin toplum içerisindeki durumunu, yaşlı toplum ilişkisini ve toplumun yaşlı bireye karşı tutumunu ele almaktadır. Defizit (Eksiklik) Teorisi, Aktivite (Etkinlik) Teorisi, Disengagement (Yaşamdan Geri Çekilme) Teorisi, Damgalama Teorisi, Yeterlilik Teorisi, Modernleşme Teorisi, Subkültür (Alt Kültür) Teorisi, Fenomenolojik Teoriler ve Yaşlılığın Politik Ekonomisi Teorisi, Süreklilik Teorisi (Continuity Theory), Rol Kaybetme Teorisi gibi yaşlılığı farklı bakış açılarıyla inceleyen teoriler bulunmaktadır (Tufan, 2002:122).

#### **\*Defizit (Eksiklik) Teorisi**

Bu teori yaşlanmanın tamamen biyolojik bir süreç olduğundan yola çıkarak, yaşlanmanın bireylerin zekâ, öğrenme ve tepki verme yeteneklerindeki eksilmeyle ortaya çıktığı temeline dayanmaktadır.

1900'lü yıllardan itibaren yapılan zekâ ve yetenek testlerinden çıkan sonuç 30 yaşından itibaren Defizit (eksiklik) güçlü bir şekilde meydana geldiği ve yaş ilerledikçe zekâ seviyesinde gerileme olduğu yönünde idi fakat alt testlerde alınan sonuçlar karşılaştırıldığında farklı alanlarda genç ve yaşlıların birbirlerine üstünlük sağladıkları görülmekteydi. Ancak toplam puanda gençlerin yaşlılara göre daha iyi sonuçlar elde etmeleri neticesinde, yaşlandıkça insanların zihinsel yönden kayıp yaşadıkları toplum tarafından kabul görmüştür. Bu teori bağlamında genel olarak; yaşlıların gençlerden daha az pratik sahibi oldukları, yaşlıların gençlerden daha az hareketliliğe sahip oldukları ve yaşlıların testlerde yöneltilen sorulara ilgilerinin gençlerden daha az olduğu yönünde çeşitli düşünceler meydana gelmiştir.

1928 yılında Stanford Üniversitesi'nde ilk büyük psikoloji enstitüsü kurularak yaşa bağlı psişik alanda meydana gelen değişimler araştırılmaya başlanmıştır. Daha planlı ve sistematik yapılan zekâ ve yetenek testlerinde ortaya çıkan sonuç; zekâ

düzeği gençliğinde yüksek olan kişilerin yaşlandıkça zeka kaybına uğradıkları ancak edindikleri tecrübe birikimleri, kendilerine duydukları güven ve edindikleri öğrenme teknikleriyle uğradıkları zeka kaybını dengeledikleri yönündedir (Tufan, 2002:122-129).

Eksiklik Teorisi, zamanla insanın zihinsel ve bedensel yeteneklerinde meydana gelen kayıplardan hareket etmektedir. Bu teori, yaşlanmanın ilk toplumsal açıklamalarının yapıldığı döneme ait olduğundan, günümüzde geçerliliğini tamamen yitirmiştir (Tufan, 2016:137).

### **\*Aktivite (Etkinlik) Teorisi**

Aktivite kuramının ortaya çıkmasında Burgess, Cavan, Havighurst ve Goldhammer'in 1949'da yaptığı 'yaşlılığa kişisel uyum' çalışmaları etkili olmuştur. Bu çalışma yaşlılığın etkinlik ve tutumunu kapsamaktadır. Çalışmanın amacı; yaşlılığın yaşamının erken dönemlerindeki faaliyetleri, aktüel etkinlikleri arasındaki farkların ve değişikliklerin öğrenilmesini kapsamaktadır. Diğer bir ifadeyle; ortaya konulan bu ilk çalışmanın amacı; orta yaş davranış kalıplarından, yaşlı davranış kalıplarına doğru giden süreklilikteki değişimleri ortaya koymaya çalışmaktır. Havighurst ve arkadaşlarının kendi geliştirdikleri bu teoride; bireyin orta yaştaki davranış kalıpları ve değerlerini ileri yaşlarda da sürdürerek başarılı bir yaşlılığa ulaşabileceği tartışılır (Kalınkara, 2014:28).

Yaşlılıkla ilgili teoriler mikro ve makro süreçlerde ele alınmaktadır. Bu sürecin mikro tarafını bireyler ve ilişkiler oluşturur ve bu kişilerin sosyal ortamlarına nasıl uyum gösterdikleri ya da karşılık verdikleri araştırılır. Aktivite teorisi de mikro düzey bakış açısının bir örneğini oluşturmaktadır. Bu teori, bireylerin yaşlandıkça sosyal yaşamlarında meydana gelen değişimleri, bu değişimlere nasıl uyum sağladıklarını açıklamaya çalışmaktadır (Kalınkara, 2014:29).

Bu teoriye göre insanları birbirlerinden ayıran temel unsur aralarındaki yaş farkı değil, etkinlikleri yani yararlılıklarıdır. Aktivite Teorisi; pasifliğin arzu edilmeyen, kişiyi toplumdaki yerinden soyutlayan ve kişide işe yaramazlık duygusunu körükleyen bir durum olduğunu, yaşlılıkta bu duygunun yaşanmaması için bireyin aktif olarak hayata katılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu teoriye göre insanlar aktif oldukları sürece yaşamdan zevk alacaklardır. Genel anlamda bu teori; çalışma

ve üretime dayanan değer yargılarıyla ilgilidir. Bu teoriye göre, emeklilik döneminin bireyi mutsuz etmemesi için bireyin bu süreçte de aktif kalması fikrini ortaya koymaktadır. Aktivite Teorisi, yaşlılığa olumlu yönde uyum sağlamayı açıklamaya çalışmakta; insanların kaybettikleri rollerin yerine yenilerini üstlenerek toplumdaki katımlarını sürdürme ihtiyacında olduklarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda emekli yaşlı, gençlik döneminde olduğu gibi sosyal ilişkilerini sürdürmeli ve kendisine hâlâ ihtiyaç duyulduğunu görüp çalışma yaşamında elde ettiği ama emeklilik sürecinde bundan kopmasıyla beraber kaybettiği rollerinin yerine yenisi koyabilmeyi amaçlamaktadır. Böylelikle yaşlının benlik duygusu pekişerek toplumsal hayata aktif bir şekilde katılmış olacaktır. Bununla birlikte yaşlının kendisini gerçekleştirme, yaşam doyumuna ulaşması ve yaşama aktif katılımı sosyal uyum sağladığı anlamına da gelecektir. Yaşlının sosyal uyumuna ilişkin faktörler şunlardır (Görgün Baran, 2000:73-74)

**1-Kendini gerçekleştirme (gelir, barınma ve beslenme)**

**2-Yaşamdan doyum sağlama (sosyal ilişki ve etkileşim, sanatsal ve sportif faaliyetler)**

**3-Yaşama aktif katılım (çalışma azmi gösterme ve gönüllü faaliyetler)**

Sosyal uyumu gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan gereksinimler ise:

**1-Ekonomik gereksinimler: gelir beslenme, barınma, sağlık ve seyahat**

**2-Sosyal gereksinimler: aile-akrabalık ilişkileri, komşuluk ilişkileri**

**3-Psikolojik gereksinimler: sevgi, güven, koruma**

Bu bağlamda kişisel aktifliğin bir parçası olan yaşlılığa uyum ve yaşamdan memnun olma hâli, ekonomik, sosyal ve psikolojik gereksinimlerce belirlenmektedir. Dolayısıyla aktivite kuramı, herkesin aktif kalmak isteyip istememesi, aktif kalmak isteyen yaşlının bunun için imkânının olup olmaması konularını açıklayamadığı için eleştirilmektedir. Aynı zamanda Aktivite Teorisi'nin eleştiriye en fazla maruz kalan tarafı, yaşlı insanı yansıtmama biçimidir. Bu teori aktif olan insan tipini topluma kabul ettirmeye çalışırken, her yaşlının eşit şansa sahip olmadığını gözden kaçırmaktadır. Bununla birlikte bu teori niçin bazı insanların pasif ama mutlu; bazılarının ise aktif

ama mutsuz olduğu görüşünü açıklayamamaktadır (Görgün-Baran, 2003:47; Oğuz, 2007:44; Tufan, 2002:139).

### **\*Disengagement (Yaşamdan Geri Çekilme) Teorisi**

Elaine Cumming ve William E. Henry'nin geliştirdiği bu teori, genel olarak yaşlılık sorunları ve yaşlılıktaki yaşam durumlarından duyulan hoşnutsuzluk ile ilgili gözlemlere dayanmaktadır. Bu teorinin çıkış noktasını; toplumun beklentileri ve kişisel ihtiyaçlar arasındaki dengesizlik oluşturmaktadır. Cumming ve Henry'e göre 60-65 yaşına gelen insanlarda sosyal ilişkilerden sosyal yaşam alanlarından geri çekilme arzusu ortaya çıkmakta ve daha çok içe dönük bir yaşamı tercih etmektedirler. Bu ise yaşlı bireyi rahatlatır, başkalarıyla ve kendisiyle çatışmaya girmesini engeller (Tufan, 2016:151). Teoriye göre yaşlılık, bireyin yaşamdan geri çekilmesini gerekli ve zorunlu olarak değerlendirmektedir; yaşamdan geri çekilen birey doğasına uygun davrandığından daha huzurlu ve mutlu yaşlılık süreci geçirebilmektedir (Ceylan, 2015:42).

En genel anlamda bu teori de diğer teoriler gibi yaşlı insanın nasıl mutlu ve huzur dolu bir yaşlılık dönemi geçirebileceğine yanıt aramaktadır. Disengagement Teorisi, Aktivite Teorisi'nin tersi bir düşünceye hakimdir. Bu teoriye göre; mutluluk etkin bir yaşamın ardından gelen pasiflikte gerçekleşmektedir ve insanların yaşlanma süreci içinde bedenen olduğu kadar ruhen de çöküntüye uğradıkları bundan dolayı da yaşlının dinlenmesi gerekmektedir.

Disengagement Teorisi'ne göre, birey yaşlandıkça kendi doğal yapısında ilgisizlik meydana gelmekte ve bu kaçınılmaz olarak yaşanmaktadır. Bu durum toplum tarafından değil, bireyin kendisi tarafından arzu edilmektedir. Bu bağlamda mutluluk, yaşlının kendisini toplumdan geri çekmesinde yani soyutlamasında yatmaktadır.

Disengagement Teorisi toplumsal düşüncede yaşlı insanlara karşı büyük önyargıların oluşmasında pay sahibi olduğu için birçok eleştiriye maruz kalmıştır (Tufan, 2002:145). Bu teori; yaşlının toplumdan soyutlanmasına, yaşlının sosyal destekten mahrum kalmasına ve psikolojik çöküntü yaşamasına neden olmak ve gençlerin vicdanlarını rahatlatmak için geliştirilmiş bir teori olduğu gerekçesiyle

eleştirilmektedir (Ceylan, 2015:45). Teorinin en zayıf noktası ise; toplumun sadece çalışma hayatına indirgenerek tartışılması olmaktadır.

### **\*Modernleşme Teorisi**

Modernleşme Teorisi, yaşlı insanların toplum içindeki konumlarının tarihsel süreç içerisinde uğradığı değişimleri, birbirinden ayrı toplumları karşılaştırarak açıklamaya çalışmaktadır (Tufan, 2002:146).

Bu teoriye göre; toplumlar daha modern hâle geldikçe yaşlıların statüsünde bir gerileme olmaktadır. Avcılık ve toplayıcılık yapan toplumlarda yaşlıların statüsü düşük iken, yerleşik yaşama geçildiğinde, tarım kültüründe yaşlının statüsünde önemli bir artış olmuştur. Bunun sebebi, yaşlıların toprağı kontrollerinde tutmalarıdır, toprak sahipliğinin güç oluşturma işlevi yaşlıların statüsünü yükseltmiştir (Görgün-Baran, 2003:50).

Modernleşme Teorisi, yaşlının toplumsal rolünün ve statüsünün teknolojik gelişmelerle ters orantılı olduğunu ileri sürmektedir. Bu teoriye göre, gelişen toplumlardaki yaşlıların yapabildikleri ile teknolojinin gelişimi ve hızı aynı olmamaktadır. Bu değişim hızına yetişemeyen yaşlı birey zaman zaman toplum tarafından anlaşılammakta ve statüsü sarsılmaktadır. Teknolojik gelişmeler yaşlıların yaşam tecrübelerine ya da bilgeliğine daha az değer verilmesine yol açmıştır. Oysaki geleneksel toplumlarda yaşlının bilgi ve tecrübelerinden yararlanılmakta ve sosyal statüsü daha yükseğe çıkmaktadır. Bu teori, ilkel ve modern toplumlarda yaşlının konumunu ve statüsünü farklı biçimlerde değerlendirmektedir. Yaşlılar kimi zaman güç kaybeden kimi zaman da güç sahibi konumunda olmuşlardır. Modernleşme Teorisi; makro bir teori olarak, modern kültürdeki yaşlılık imgelerine nasıl anlam verildiğine ilişkin görüşten hareket etmektedir. Bu teoride, toplumlar modern hâle geldikçe yaşlının konumunda bir gerilemenin olduğu iddia edilmektedir (Kalınkara, 2014:34).

Modernleşme Teorisi; modern toplumun henüz sanayi sürecine girmeden önceki hâlini, bugünkü endüstrileşmemiş toplumlarla karşılaştırmaktadır ve böyle bir karşılaştırma yanlış sonuçların ortaya çıkmasına neden olduğu için, bu teorinin iddiaları sosyal-tarihsel araştırmacılar tarafından çürütülmüştür (M. Kohli'den aktaran Tufan, 2002:146-147).

### **\*Subkültür (Alt Kültür) Teorisi**

Subkültür Teorisi, yaşlılıkta insanlar arasındaki ortak yönlerin çok olduğundan yola çıkılarak ortaya atılmıştır. Bu teoriye göre, yaşlıların aralarındaki ortak yönlerinden dolayı toplumda bir “alt kültür” oluşturdukları varsayılmıştır. Ayrıca bu alt kültürün toplumun diğer kesimlerinden çok daha farklı bir yaşamın özlemine çektikleri yönünde çeşitli iddialar ortaya atılmıştır. Ancak bu teoriye karşı farklı düşünceler ortaya konulmuştur. Bu düşünceler içerisinde en dikkat çeken; yaşlanma süreci ve yaşlılıktaki hem kişisel hem de çevresel bakımdan bireyler arasında büyük farklılıkların bulunmasıdır. Biyolojik, ruhsal ve sosyal yönden her insan farklı şekilde yaşlanmakta ve farklı bir yaşlılık dönemi geçirmektedir. Dolayısıyla Subkültür Teorisi yaşlı insanlar arasındaki farklılığı göz ardı etmesinden dolayı eleştirilmiştir (Tufan, 2002:148).

### **\*Süreklilik Teorisi (Continuity Theory)**

R. C. Atchley tarafından geliştirilen bu teoriye göre, yaşlılıkta bazı rollerin sürdürülmesi bazı rollerin kaybedilmesine bağlıdır. Bu teoriye göre yaşam kalitesi/doyumunun temel şartı başarılı yaşlanmadır. Birey büyürken olgun ve bütünleşik bir kişilik geliştirirse başarılı şekilde yaşlanmaktadır. Dolayısıyla birey gençliğinde ve yetişkinliğinde nasılsa, yaşlandığında da öyle olmaktadır (Kalınkara, 2011:38’den aktaran Ceylan, 2015:48). Örneğin gençliğinde durgun, içe kapanık, sessiz bir insan yaşlandığında daha aktif, daha sosyal yönü güçlü bir insan olmaz. Tam tersine de gençliğinde ve yetişkinliğinde sosyal yönü güçlü, aktif bir rol sergileyen insan yaşlandığında evde oturamaz.

Bu teoriye göre bireyin gençlik dönemlerinden itibaren yetişkinlik dönemi de dahil olmak üzere başarılı ve mutlu bir hayat geçirmesi, yaşlılık dönemini etkileyecektir. Yaşam doyumu/kalitesi bu bağlamda başarılı bir yaşlanma ile gerçekleşecektir.

### **\*Rol Kaybetme Teorisi (Role Exit Theory)**

Cooley ve Mead tarafından geliştirilen rol kaybetme teorisine göre; bireyin tutum, değer ve inançlarının doğrudan o bireyin sosyal çevre içinde oynadığı rolle ilişkilidir. Bu bağlamda sosyal roller, sosyal çevre ile psikolojik süreçler arasında bir köprü görevi görmektedir. Bu teori insanların sosyal yapılar içerisinde belirli



pozisyonları olduğunu, bu pozisyonların ise kendine ait bir rolü olduğunu ortaya koymaktadır (Kalınkara, 2014:38). Bu bağlamda yaşlıların mesleki statülerini kaybetmeleri dolayısıyla rollerini yitirmeleri yaşlıların uyum problemi yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşlanan birey, yetişkinlikte elde ettiği birçok özelliği kaybetmektedir. Örneğin; birey emekli olduğunda mesleğinin sağladığı bazı ayrıcalıkları ve statüyü kaybedebilmektedir. Eş kaybı, toplumdaki ve aile içindeki rolleri değiştirir, toplumsal yaşama katılmada sınırlılıklara yol açmaktadır. Daha açık bir ifadeyle; yaşlı bireylerin evlilik ve meslek gibi iki ana alanda yaşadıkları rol kayıpları, bireylerin eşleri ve işleri aracılığıyla sürdürdükleri ilişkilerinden uzaklaştırmakta hatta kopartmaktadır. Böylelikle yaşlılar rolsüz rol oynamaya zorlanmaktadır.

Rol Bırakma Teorisi, yaşlılıkta görülen kayıplara odaklanmaktadır ancak bu teori yaşlılıktaki kayıpları abarttığı yönünde eleştirilmektedir. Yaşlıların bazı rolleri kaybetmelerine karşılık, bazı sorumlulukları almamalarından dolayı kendilerini daha bağımsız ve özgür hissetmektedirler (Hablemitoğlu, Özmete, 2010:146).

#### **\*Fenomenolojik Teoriler ve Yaşlılığın Politik Ekonomisi Teorisi**

Fenomenolojik Teoriler yaşama anlam kazandırma üzerinde yoğunlaşmaktadır. En önemli amaç, yaşlılıkla ilgili çeşitli kavramlar üzerinde çalışarak kişinin günlük tecrübelerini belirli kategorilere ayırdıktan sonra yaşlılığın gerekçelerini ortaya koymaktır.

Bu teorilerin bir varyasyonu, sembolik yapım süreçlerinde yaşlı insanların toplum içinde marjinalleşmelerinin temelini görmektir. Bu varyasyon bir “damgalama” olarak yaşlılığın kişi üzerinde nasıl bir etkide bulunduğunu ele almakta ve yaşlılığın “basmakalıp” oluşu ile nasıl iyice sarsılmaz bir biçimde sağlamlaştığını göstermeye çalışmaktadır (Tufan, 2002:150).

Yaşlılığın Politik Ekonomisi Teorisi’ne göre, yaşlanma süreci tek başına bir sorun değildir. Esas sorunlar, yaşlıların toplumsal koşullar içinde karşı karşıya kaldıkları düşük gelir düzeyi, yetersiz sağlık hizmetleri ve barınma gibi konulardır. Bu bağlamda uygulanan sosyal ve ekonomik politikalar, yaşlıların toplum içindeki durumlarını belirlemektedir (Hendricks ve Hendricks, 1986, Hooyman ve Kıyak, 1988; Walker ve Maltby, 1997’den aktaran Oğuz, 2007:47).

Yaşlılığın toplumsal boyutuna vurgu yapan teoriler gerontoloji ve yaşlılık sosyolojisi alanlarında yoğun bir şekilde tartışılırken bu alanlarda uygulamalı çalışmaların da artmakta olduğu gözlenmektedir.

XIX. Yüzyılın sonunda ve XX. Yüzyılın başlarında insan ömrünün uzamaya başlamasıyla birlikte ilk defa yaşlılıkla ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır; insan hayatının değişen koşulu ve anlamıyla birlikte yaşlıların toplumdaki yerini sosyal, kültürel, ekonomik anlamda inceleyen çeşitli yaşlılık teorileri ortaya atılmıştır.

Bu çalışmanın teorik alt yapısını, yaşlılığın politik ekonomisi teorisi oluşturmaktadır; çünkü yaşlanma ve yaşlılık süreçleri sadece biyolojik ya da takvimsel bir olgu değildir. Yaşlanma ve yaşlılığın toplum üzerinde ekonomik ve sosyal etkileri bulunmakta; bu sebepten dolayı yaşlılık toplum tarafından sosyal bir problem olarak görülmektedir. Bundan dolayı yaşlılar için geliştirilecek sosyal politikalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sosyal politikalara geçmeden önce, niçin yaşlılığın sosyal bir problem olarak algılandığı üzerinde durulması gerekmektedir.

### **1.3.Sosyal Bir Problem Olarak Yaşlılık**

XIX. Yüzyıldan itibaren tıp, farmakoloji, kimyada yaşanan gelişmeler ve teknolojiye ilerlemelerin sonucunda bebek ölümlerinin azalması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte ilk defa toplumda yaşlı sayısı artmaya başlamış; günümüze kadar da yaşlı sayısı artmaya devam etmiş, demografik anlamda toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı hızla artmaya başlamıştır (Schuman ve Scott, 1990).

Daha önce ifade edildiği gibi nüfusun yaşlanmasında temel olarak doğurganlığın azalması ve ölümlerin azalması etkili olmuştur. Dolayısıyla yaşlı nüfus bir anda meydana gelmemiş, belli bir süreçte yaşanan demografik değişimlerin neticesinde ortaya çıkmıştır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında Amerika'da ve Avrupa'da doğurganlık hızı artmış; 1950'li yıllarda bebek patlaması (baby boom) yaşanmıştır. Örneğin Fransa'da 1930'lu yıllarda yıllık 650 bin bebek dünyaya gelirken; 1946-75 arasında bu sayı 850 bine çıkmıştır. 1975'ten sonra ise doğurganlık azalmıştır. Fransız Demografik Araştırmalar Kurumu'na göre 2004'te % 22 olan 60 yaş üstü nüfus oranı 2040'da % 35 olacaktır. Bugün Fransa'da 1,1 milyon olan bağımlı (başkasının bakımına muhtaç) yaşlı sayısı her yıl % 1 ile % 2 arasında

artmaktadır. 30 yıl içerisinde yaşlıların bakımı, ekonomi ve sosyal hizmetler açısından en önemli konulardan biri haline geleceğe benzemektedir. Fransa'da 2050 yılında 85 yaş ve üzerindeki nüfusun 5 milyona yakın olacağı tahmin edilmektedir. *Baby boom* (bebek patlaması) kuşağı giderek *papy boom* (yaşlı patlaması) kuşağına dönüşmektedir (Weeks, 1996:382).

1960'larda Amerika ve Avrupa'da yaşanan doğurganlıktaki artış, daha sonrasında yaşanılacak pek çok ekonomik, toplumsal ve kültürel değişimin de belirleyicisi olmuştur. Yaşlılığın Politik Ekonomisi Teorisi bu değişimi dikkate alan bir teoridir. Çünkü öncekilerden çok daha kalabalık olan bu kuşağın yetişkinlik evrelerinde doğurganlık düşmüş bu ise 2000'lerden itibaren daha önce hiç görülmemiş bir şekilde yaşlı sayısının artmasına yol açmıştır. Artan yaşlı nüfusla birlikte ortaya tıbbi, sosyal, psikolojik ve ekonomik problemlerin çıkması sonucunda yaşlılık sosyal bir problem olarak görülmeye başlanmıştır.

Bir toplumsal olgunun sosyal problem olarak tanımlanabilmesi için şu özellikleri göstermesi gerekmektedir:

- \*Ekonomik kıtlık, yeteneklerin kayba uğraması (deprivation)
- \*Eksikliği hissedilen katılım (partizipation)
- \*Davranış sapmalarını kontrol altına alma ve yeniden ayarlama isteği
- \*Yaşamı tehlikeye sokan riskler
- \*Bireysel yaşam krizleri

Yukarıda verilen beş sebep, demografik değişimlerle bağlantılı olarak çeşitli biçimlerde ortaya çıkmaktadır (Tufan, 2007:27). Örneğin; bakıma muhtaç ve ekonomik yönden güvencesi olmayan yaşlı sayısı artarken, etkin çalışan nüfusun yükü de ağırlaşmaktadır. 2004 Avrupa ülkelerinde çalışma yaşındaki 4 kişiye 1 yaşlı nüfus düşerken 2050'de çalışma yaşındaki 2 kişiye 1 yaşlı nüfusun düşeceği öngörülmektedir. Bununla birlikte davranış sapmalarına en çok, demans hastalarında, zihinsel engelli yaşlılarda görülmektedir. İnsan yaşamını riske sokan kronik hastalıkların da daha çok yaşlılarda görülmesi, yaşlılığın bu yönüyle de sosyal bir problem olarak görülmesine yol açmıştır (Tufan, 2007:28). Örneğin, yaşlı bireyin emeklilik sürecine girmesiyle birlikte; çalışma hayatında sahip olduğu rolleri

yitirmesi bireyin içe dönük eve kapanık izole bir hayat sürmesine neden olmakta bu ise bireysel yaşam krizine sebebiyet vermesi bağlamında yaşlılığın yine sosyal bir problem olarak algılanmasını ortaya koymaktadır.

Kültürden kültüre farklılık gösteren yaşlılığın sorun olarak görülmeye başlanması modernleşme döneminin sonucunda olmuştur. Demografik değişimler sonucunda yaşlı nüfus tarihte daha önce görülmemiş şekilde artmıştır. Bu ise birtakım sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar genel olarak sağlık, beslenme, barınma, gelir ve ulaşım olarak beş kategoride incelenmektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan bu sorunların temel nedenleri olarak şunlar yer almaktadır:

- Sanayileşmeyle birlikte üretim biçiminin değişmesi ve bunun sonucunda kırdan kente göçlerin yaşanmasıyla birlikte aile ve toplumsal yapıda önemli değişimler meydana gelmiştir. Kırdan kente göçlerin yaşanması geleneksel aile yapısını etkilemiş, kentsel çekirdek aile artmaya başlamıştır. Bu durum yaşlıların ekonomik ve sosyal durumunu etkilemiş; akraba ve çocuklardan sağlanan destek giderek azalmaya başlamıştır.
- Yaşlının herhangi bir sosyal güvencesinin olmaması; dolayısıyla ihtiyaçlarını karşılayacak gelir düzeyinden yoksun olması ya da çok düşük düzeyde gelire sahip olması.
- Emeklilik döneminde yaşlı bireylerin zamanlarını yaşam kalitelerini artıracak şekilde kullanamamaları.
- Konut imkanlarının yaşlılık dönemi konut ihtiyacına uygun ya da yeterli olmayışı.
- Yaşlı bireylerin teknolojik değişimleri takip edememeleri ya da takip ederken zorlanmaları.

Bu sayılanların yanı sıra yaşlılık döneminde sıklıkla görülen problemlerin başında sağlık problemleri ve sosyal problemler gelmektedir (Ceylan, 2015:51).

Yaşam evrelerinden biri olan yaşlılık dönemi, bireyin daha önceki yaşam evrelerinden görece daha çok biyolojik ve fiziksel yetersizlikler, kayıplar yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemde genellikle yaşlıların sağlık sorunları kronik rahatsızlıklar ve dejeneratif hastalıklar olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte belli bir organ

sistemine veya hastalığa ait olmayan ancak ilerleyen yaşla birlikte daha sık ortaya çıkan bazı rahatsızlıklar ya da rahatsızlık belirtileri şunlardır:

\***İştahsızlık:** Özellikle ilerleyen yaşla birlikte bireylerde sindirim sistemi rahatsızlıkları görülmekte; tat ve koku duyusundaki kayıplara bağlı olarak yemek yeme isteğinde azalmalar da olabilmektedir.

\***Baş ağrısı:** Yaşlılarda birdenbire başlayan baş ağrılarının sebebi sıklıkla kafa içerisindeki tümör ya da şakak damarlarının iltihaplanması ya da boyun omurlarının kireçlenmesi de olabilmektedir.

\***Vertigo (baş dönmesi):** Boyundan beyne giden ve aynı zamanda beyne besleyen atar damarlarda sorun olması, iç kulak hastalıkları ve aniden ayağa kalkma sonucunda ortaya çıkan tansiyon düşmesine bağlı olarak görülebilir.

\***Konstipasyon (kabızlık):** Genel olarak karın bölgesi kaslarda kuvvet kaybı ve karın bölgesindeki adalelerde gevşeme nedeniyle ortaya çıkmaktadır.

\***Halsizlik:** Yaşlı bireyde sıklıkla halsizliğin görülmesi çeşitli sebeplere bağlı olarak gelişebilir. Kalp-damar hastalığı, anemi, akciğer hastalıkları, tiroit fonksiyon bozuklukları, kanda potasyum düzeyinin normalin altına inmesi sonucunda halsizlik ortaya çıkabilmektedir (Kalınkara, 2014:116). Bu şikâyetlerle birlikte yaşlıların vücutlarında fizyolojik anlamda meydana gelen değişimleri daha ayrıntılı şöyle açıklanabilir:

\* Yaşlı bireylerin hücrelerinde DNA hasarının artması ve oksidasyon kabiliyetinin azalması sonucunda kanser yakalanma riskleri artmaktadır.

\* Merkezi sinir sisteminde meydana gelen hasarlar neticesinde Parkinson hastalığına yakalanma riskleri artmaktadır.

\*Kulaklarda meydana gelen işitme kaybından dolayı konuşmaları tanıma ve takip etmekte zorlanabilmektedirler.

\*Göz lenslerinde esnekliğin azalması ve göz bebeklerindeki pupil refleksinin uzaması sonucunda yaşlılık miyopluluğu ortaya çıkmakta bu ise gözün görme kalitesini düşürebilmektedir.

\* Sindirim sisteminde meydana gelen rahatsızlıklar ishal ve kabızlığa yol açmaktadır.

\*İç Salgı Bezleri Sistemindeki değişiklikler sonucunda (östrojen, progesteron, testosteron, büyüme hormonu) D vitamini miktarı azalmaktadır. Bununla birlikte tiroid hormonlarında bozukluklar, insülin duyarlılığında azalma veya insülin direncinde artma meydana gelmektedir. Bu hormonal değişimler sonucunda menopoz gelişmekte, kas ve kemik kitlesi azalmakta, vajinal kuruluk ve cilt değişiklikleri meydana gelmektedir.

\*Bağışıklık sistemi direncinde azalmalar görülmekte ve antikor oluşumu azalmaktadır. Bunun sonucunda ise hastalıklara ve kansere yakalanma riski artmaktadır.

\*Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimler sonucunda ritim bozuklukları meydana gelmekte, kalp krizi riski artmaktadır.

\*Eklemlerdeki kıkırdak dokunun zarar görmesi, bağ dokusunun artması sonucunda eklemlerdeki esneklik azalır, eklemlerin açılıp kapanması zorlaşır bunun sonucunda ise kireçlenme meydana gelmektedir.

\*Solunum kapasitesinde azalmalar yaşanır bunun sonucunda ise nefes darlığı meydana gelmektedir.

\* Yüksek tansiyon ya da düşük tansiyon gibi rahatsızlıklarda yaşlılık döneminde oldukça sık görülen rahatsızlıklardandır.

Bu hastalıkların biri ya da birden fazlası yaşlı bireylerde görülebilir, görülme sıklığı, hastalığın kendini gösterme biçimi ya da bireyin bu tür hastalıklara gösterdiği direnç kişiden kişiye değişebilmektedir. Dolayısıyla yaşlı bireylerin bu tür şikâyetleri olduğunda hastaneye gidip gerekli kontrollerin sağlanması gerekmektedir.

Yaşlıların sağlık sorunları değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken bazı ilkeler vardır. Genel olarak bunlar; hastalıkların seyrinin her hastalıkta aynı olmadığı, yaşlılarda genel olarak idrar kaçırma, kabızlık, gece olan bacak ağrıları, bilinç bulanıklığı gibi rahatsızlıkların görüldüğü ancak bunların hastalığın doğal seyri olarak kabul edildiği için ilgili doktorlara söylenilmemesinden kaynaklı ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizedeki baş harfleri dikkate alınarak “*Yaşlılığın 7 I’sı*” olarak adlandırılmıştır. Bunlar:

- Bilişsel yetersizlik (*intellectual failure*)
- Dengesizlik (*instability*)
- Hareketsizlik (*immobility*)
- Uykusuzluk (*insomnia*)
- Ailelerin katılımı ( *involvement of the families*)
- Tanı ve tedaviden kaynaklanan sorunlar (*iatrogenic problems*)
- İdrar-gaita tutamama (*incontinence*) (Gökçe-Kutsal, 2005:17).

Yaşlılık döneminde bu şikâyetlerle birlikte meydana gelen bazı geriatrik sendromlarda görülmektedir. Bunlar; düşmeler, idrar kaçırma, bası yaraları, kemik erimesi, meme kanseri, prostat kanseri, kolon kanseri yaşlı intiharları, parkinson, demans ve alzheimer gibi hastalıklardır.

### **Düşmeler**

Düşme sıklığı ve düşmeler sonucu vücutta yaralanmalar ve zedelenmeler meydana gelir. Bu durum ilerleyen yaşla birlikte artış göstermektedir. Genç yaşlılık döneminde düşme oranı ileri yaşlılık dönemindeki bireye göre daha azdır. Düşen yaşlı bireylerin bir kısmında (%20 -%30) zedelenmeler oluşmakta ve bunun sonucunda da hareket kabiliyeti azalmaktadır.

Yaşlılarda meydana gelen düşmeler farklı sebeplere bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Bu düşmeler bir enfeksiyon sonucu meydana gelebileceği gibi yaşlı bireyin kullandığı ilaçların yan etkisi olarak da ortaya çıkmaktadır. Bu sebeplerden ayrı olarak yaşlı bireyde görme bozukluğu olması, denge kaybı yaşaması da düşme riskini artıran etmenlerdir (Ceylan, 2015:106).

### **İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans)**

Yaşlı bireylerde sıklıkla görülen geriatrik problemlerden biri de idrar kaçırma (üriner inkontinans). Üriner inkontinans ile ilgili yapılan çalışmalarda nüfus özelliklerine göre kadınlarda görülme sıklığının erkeklerden 2 kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Aras, Varlı vd.; 2008).

Demans, obezite ve sigara içenlerde üriner kontinansın daha fazla olduğu gözlemlenirken, bu durum bazı yaşlılarda utanma, sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyona yol açmaktadır (Ceylan, 2015:107).

## **Bası Ülserleri (Yatak Yaraları)**

Uzun süre hareketsiz yatan yaşlılarda görülen yaralara yatak yaraları denilmektedir. Yatak yaraları görülmesindeki en önemli nedeni bireyin uzun süre (günlerce ve aylarca) uzun süre yatmasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda cilt ile kemik arasındaki doku zarar görmekte, doku beslenememekte ve yeterince kanlanamamaktadır. Kol ve bacaklarda deri altındaki yağ dokusu azalırken kalça ve kemiklerde bu doku artar. Bunun sonucunda ise deri esnekliğini yitirerek kurur ve buruşur (Arpacı, Özhan-Elbaş, 2004:123). Bunun sonucunda da ülserler meydana gelmektedir.

Yatak yaraları daha çok ayak topuklarında, ayak bileklerinde, sırtta, kalça kemiklerinin yan çıkıntılarında görülmektedir. Yaşlılarda bası ülserlerinin oluşumu yaşlı ölümlerini arttırıcı bir risk oluşturmaktadır. Özellikle; uzun süre yatan yaşlı bireyde görülen bası ülseri; kemik iliği iltihabına ya da kan zehirlenmesine yol açabilmektedir.

## **Kemik Erimesi (Osteoporosis)**

Kemik kırılmalarının başlıca sebeplerinden birisi olan kemik erimesi sadece kadınları değil aynı zamanda erkekleri de ilgilendiren bir konudur. Yaşlı bireylerde kemik erimesinin olup olmadığının tespit edilmesi için dansite ölçümü 2 yılda bir uygulanmaktadır.

## **Kanser**

Yapılan çalışmalar sonucunda yaşlılarda daha çok meme kanseri, kolon kanseri ve prostat kanseri görüldüğü ortaya çıkmıştır. Bundan dolayı yaşlılarda 3-5 sene aralığında kanser taraması yapılmalıdır.

Çoğu yaşlı birey sağlık sorunları ile ilgili olarak kendilerinde gördükleri bulguları yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğunu düşündükleri için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmaya çekinebilmektedirler. Bunun yanı sıra kanser ya da kalp ile ilgili rahatsızlıklardan dolayı moral ve motivasyon yönünden olumsuz etkileneceğini düşünen yaşlıların yine sağlık kuruluşlarına gitmeyi erteledikleri görülmektedir (Bilir, 2001:28). Oysaki kanser ve diğer hastalıkların tedavisinde erken tanı ve buna uygun tedavi son derece önemlidir.



## **Demans (Bunama)**

Demans spesifik bir hastalık olarak tanımlanırken birlikte beyni olumsuz yönde etkileyen bozuklukların neden olduğu semptomların toplamını ifade etmektedir. Demansta hastalık sürecinde beyin hücrelerinin fonksiyonları durmakta ve beyin hücreleri ölmektedir (Türk Geriatri Vakfı).

Yaşlılarda görülen en büyük sağlık problemlerinden biri de demanstır. Demans hastalığı hafızada bozukluk yaratırken aynı zamanda bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Demans bir anda ortaya çıkan bir hastalık değildir; uzun sürede ve sinsi bir şekilde gelişir dolayısıyla birey bunun farkına varamayabilir.

Demans 3 aşamalı olarak gerçekleşmektedir. İlk aşamada hastalık kendisini hafif düzeyde göstermektedir. Birey kısa süreli hafıza kaybı yaşayabilmekte, konuşma zorluğu çekebilmektedir. Hastalık orta düzeye ulaştığı dönemde belirtiler kendisini göstermeye başlamakta; kişi bu dönemde gitgide bir başkasına bağımlı olmaktadır. Özellikle yemek pişirme, öz bakım uygulamalarında bir başkasından yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Hastalığın son evresinde ise kişi yemek yemede zorlanmakta, idrar ve dışkı tutamamaya başlamakta, toplum içerisinde uygun olmayan davranışlar gösterebilmektedir (Ceylan, 2015: 113-114).

Demansın en çok görülen nedenleri arasında Alzheimer hastalığı görülmekte ve Alzheimer hastalığı bütün demansların %50-70'ni oluşturmaktadır. 65 yaşın üzerindeki bireylerde % 3-11, 85 yaşın üzerindeki bireylerde ise %20-47 görülme sıklığına sahiptir (Kalınkara, 2014:124).

Alzheimer hastalığı bireylerde en çok psikolojik ve fiziksel yıkıma yol açan bir hastalıktır. Ülkemizde yaklaşık olarak 200-250 bin arasında alzheimer hastası insan olduğu düşünülmektedir.

Alzheimer bir anda meydana gelmemektedir. Hastalığın başlaması ve seyri yavaş olduğu için rahatsızlığın ne zaman başladığını belirtmek oldukça zordur. Ancak bu hastalığın ilk devresiyle birlikte bireyde yavaş yavaş değişikliklerin meydana geldiği görülmektedir. En erken belirtiler ise öğrenmede ve konuşmada bozuklukların meydana gelmesidir.

Alzheimer hastalığına yaş önemli bir faktördür. Alzheimer hastalığında beyin hücrelerinin beslenmesi imkânsızdır; bunun sonucunda da beyin hücreleri ölür. Beyin hücrelerinin ölmesi ise beyin fonksiyonlarında azalmaya yol açmaktadır. Örneğin bu durumun ön beyini etkilemesi sonucu düşünme, plan yapma hatırlama becerileri körelmektedir (Ceylan, 2015:115).

Alzheimer hastalığı üç evrede gerçekleşmektedir. Birinci evre hafif düzeyde olan hastalıktır. Bu evrede genellikle hafıza problemleri ortaya çıkmaktadır. Normal günlük işlerin süresinin uzaması ve duruma uygun karar vermede zorluk çekilmesi yine bu evrede karşılaşılan sorunlardandır. İkinci evre ise hastalığın orta düzeyde olduğu evredir. Bu evrede beynin dile ve düşünme kısmıyla ilgili olan yapısı zarar görür. Hafıza kaybı, okuma ve yazmada sıkıntılar görülür. Yeni şeyler öğrenme ve yeni durumlara alışmada sıkıntı yaşanır. Üçüncü evre ise hastalığın en ağır olduğu dönemdir; birey bu dönemde başkalarıyla iletişim kuramaz, kilo kaybeder, mesane ve bağırsak kontrolünü sağlayamaz ve yatalak hâle gelir (Ceylan, 2015:115-116).

### **Parkinson**

Parkinson beyin hücrelerindeki kayıp ile seyreden ve yavaş ilerleyen nörolojik bir rahatsızlıktır. Enterik sinir sistemi, alt beyin sapı ve kökü yollarında ortaya çıkmaktadır.

Genel olarak belirtiler ise motor ve motor olmayan semptomlar olarak ayrılmaktadır. Hastalığın motor semptomları; titreme, hareketin yavaşlaması, kaslarda kasılma ve hareket edememe olarak kendini göstermektedir. Motor olmayan semptomlar ise, uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon olarak kendini göstermektedir. Genellikle ortaya çıkan semptomlardan biri de bir elin hareketlerinde görülen yavaşlıktır. Titreme, hareketlerde yavaşlama, kollarda bacaklarda katılık ve denge sorunları buna bağlı olarak gelişen düşmeler Parkinson hastalığında meydana gelen dört ana belirtidir (Karabudak, 2014:1-5).

Parkinson hastalığı yaşlı bireylerde en fazla görülen nörolojik rahatsızlıktır (Ceylan, 2015:117). Parkinson hastalığının ilerleme süreci yaşa bağlı olarak değişmekte; dolayısıyla bu rahatsızlık bireylerin yaşam kalitelerini etkilemektedir. Tedavinin doğru ve yerinde olmasına bağlı olarak da hastalar hayatlarını uzun ve normal bir şekilde sürdürebilmektedirler.

Yaşlılık, yaşam dönemleri içerisinde fizyolojik ve ruhsal gerilemenin yaşandığı geri dönülmesi imkansız olan bir dönemdir. Bu dönem içerisinde yaşlı bireyin kendisi ve çevresiyle uyum içerisinde olması, kendisini sağlıklı ve iyi hissetmesi (moral, psikolojik ve fiziksel olarak) yaşam kalitesini ve sosyal uyumunu artırıcı en önemli unsurdur. Dolayısıyla yaşlılarda sağlık durumu/problemi bireysel bir problem değil sosyal bir problemdir.

Demografik değişimler neticesinde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık, sosyal bir problem olarak tüm ülkelerin üzerinde düşünmesini ve yaşlıların ihtiyaçları, konumları ve yaşam koşullarını iyileştiren politikalar üretmesini gerektiren bir alan olmuştur.

#### **1.4. Dünyada Yaşlı Nüfus**

Dünyadaki demografik değişimler incelendiğinde yaşlı nüfusun hızla artmakta olduğu görülmektedir. Dünya nüfusu geçmişte, savaşlar, ölümler, kıtlık, salgın hastalık gibi nedenlerden dolayı günümüze oranla çok daha yavaş bir artış yaşamıştır. Doğumda beklenen yaşam süresinin de düşük olması nüfusta beklenen artışın olmamasına neden olmuştur. Demografik değişimler incelendiğinde; 1000 yılında 310 milyon dünya nüfusunun ikiye katlanması 700 yıllık bir zaman dilimini gerektirmiştir; dünya nüfusu 1700'lerde ancak 610 milyona ulaşabilmiştir; bu süreç içerisinde yaşlı nüfus oldukça az sayıdadır. 1850'li yıllarda dünya nüfusu 1.262 milyardır; bu sayının ikiye katlanması için 700 yıl gibi uzun bir zaman ihtiyaç duyulmamış; nüfusun ikiye katlanması 100 senede gerçekleşmiştir (Kalınkara, 2014:71). Özellikle 1950'li yılların başından 2000'li yıllara kadar geçen sürede dünya nüfusu hızlı bir şekilde yaşlanmaya başlamıştır. Bu süreç içerisinde teknoloji ve tıbbi alanda yaşanan gelişmeler, eğitim düzeyinin artması, kadınların iş hayatına katılması gibi çeşitli sebepler doğum oranının ve ölüm oranının düşmesine, doğumda beklenen yaşam süresinin ise artmasına neden olmuştur.

Yaşlı nüfustaki artış hızı incelendiği zaman ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır: Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfusun 1950'de, dünya genelindeki artış hızı % 2.3'tür. 2000'de ise bu artış % 2.6'ya çıkmış, 2020'de ise % 3'e çıkması beklenmektedir. Yaşlı nüfustaki artış hızına gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler perspektifinden bakıldığında ise, gelişmiş ülkelerde yaşlı

nüfus artış hızının azalmakta olduğu ancak gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın artmakta olduğu görülmektedir (Weeks, 1996:368). Gelişmiş ülkelere bakıldığında; 1950’de yaşlı nüfus artış hızı % 2.3 iken bu oran 2000’de % 1.7’ye düşmüştür. 2020’de ise % 1.9’a çıkması beklenmektedir. Bu oranın 2020’de tekrar artış göstermesindeki en büyük neden gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun giderek ileri yaşlanma (85 yaş ve üzeri) evresine girmesidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı nüfus oranındaki artış hızı incelendiğinde; 1950’de bu oranın % 2.2 olduğu, 2000’lerde % 3.2’ye yükseldiği görülmektedir. 2020’de ise yaşlı nüfus oranındaki artışın % 3.6’ya çıkması beklenmektedir. Bu bağlamda yaşlı nüfusun gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde, gelişmiş ülkelere görece çok daha hızlı bir şekilde artacağı ortaya çıkacağı ön görülmektedir (Tuna, 2017).

Teknolojik, tıbbi, bilimsel ve sosyal gelişmelerin ve değişimlerin sonucunda dünyadaki yaşlı nüfus sayısı artmış ve hâlen artmaya devam etmektedir. Dünya genelinde yaş grupları incelendiğinde diğer yaş gruplarına göre hızla artan yaş grubu 60 yaş ve üzeri yaşlardır. 2002 yılında gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 60 yaş ve üzeri birey sayısı yaklaşık olarak 400 milyondur. 2025 yılına gelindiğinde ise bu rakamın 800 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki her 7 insandan biri 65 yaşın üzerindeki iken, 2030’a gelindiğinde bu tablo değişip her 4 kişiden biri 65 yaşın üzerinde olacaktır. Dolayısıyla bu durum daha önce de ifade edildiği gibi gelişmiş ülkelerde ileri yaşlılık olarak adlandırılan bir süreci başlatmış olacaktır (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:22).

Dünya nüfusu ve ortalama yaşam beklentisi kıtalara göre değerlendirildiğinde; 1750’de dünya nüfusunun yarısından fazlası %63.5’in Asya’da, %20.6’sı Avrupa’da, %13,4’ü de Afrika’da yaşamaktaydı. Bu oran 1950’de Asya’da %55.6, Avrupa’da %21,7 olarak; 1998 yılında ise Asya’da %60.8 ve Avrupa’da %12.4 olarak değişmiştir. 2050’de bu oranın Asya’da %59.1’e, Avrupa’da ise %7.0’a düşmesi beklenmekte, dolayısıyla nüfusun hızla yaşlanacağı sayısal verilerle desteklenmektedir (Kalınkara, 2014:73).

Nüfusun yaşlanmasında üç ana faktör önemli rol oynamaktadır. İlk faktör tıp alanındaki gelişmelerle birlikte, savaşların ve kıtlığın önüne geçilmesi, toplumun iyi beslenme ve sağlık konusunda bilinçlenmesiyle birlikte ölüm oranının düşmesidir.

İkinci faktör olarak; kadının çalışma hayatında yer alması, kadın istihdamının çoğalması ve kadının sosyal statüsünde yaşanan değişimlerle birlikte evlilik ve doğum kontrolüne yönelik davranışların değişimi, üçüncü faktör olarak da ölüm oranının ve doğum oranlarının hızla düşmesi nüfusun yaşlanmasında önemli rol oynayan faktörlerdir.

Ölüm oranlarının düşmesiyle birlikte insanlar daha uzun yaşamaya başlarlar. Bunun sonucunda ise toplumda yaşlı nüfus sayısı hızla artar. Doğum oranlarının düşmesi sonucunda çocuk ve genç nüfusun sayısı azalmakta dolayısıyla genel nüfusun içerisinde yaşlı nüfusun sayısı artmaktadır (Tuna, 2017).

Dünya genelinde yaşlı nüfus hızla artmaktadır ancak ülkelerin sosyo-ekonomik durumuna bağlı olarak yaşlı nüfus ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin; Afrika ülkelerinde; salgın hastalıklar, yeterli beslenememe, silahlı çatışmalar nedeniyle ortalama yaş hâlâ düşüktür. Ancak genel olarak tüm dünya konjonktüründe yaşlı nüfus sayısı artmaktadır. 60 yaş üzerindeki nüfusun en fazla olduğu ülkeler; Japonya, İtalya, Almanya, Finlandiya, Portekiz, Yunanistan, Bulgaristan, Martinik (Fransa'ya bağlı), Hırvatistan ve Litvanya'dır.<sup>1</sup>

Dünyada yaşlı nüfusun artması sağlık alanında, ekonomik ve toplumsal anlamda birtakım riskleri ve talepleri de beraberinde getirmektedir. Nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak oluşabilecek risk ve sorunlar şu şekilde açıklanabilir:

\*Demografik değişimlerin sonucunda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte iş gücü ve üretim kapasitesi azalmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak işgücü kapasitesinin daralması sonucunda, yalnızca istihdam oranının azalmayacağı bununla birlikte devletlerin vergi ve sosyal sigorta kesintilerinden kaynaklanan gelirlerin de azalacağı öngörülmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:26).

\*Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte çalışma alanında aktif nüfusun azalması sonucunda iş gücü piyasasında daha az insan yer almaktadır. Dolayısıyla aktif çalışan genç nüfusa bağımlılık oranı artmaktadır. Bağımlılık oranı; çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısını ifade etmektedir. Ülkemizde 2014 yılında %11.8 olan bağımlılık oranı 2015 yılında %12,2'ye yükselmiştir (TÜİK Haber Bülteni, 2016).

---

<sup>1</sup> <http://www.mapsofworld.com/world-top-ten/world-top-ten-countries-with-oldest-population-map.html> Erişim Tarihi: 17/12/2016

\*Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte toplumsal harcama kategorileri de artmaktadır. En büyük harcama kalemi sağlık bakımı ile ilgilidir. Yaşlı nüfustaki artış, yaşlılığa bağlı bunama, felç, kanser ve Alzheimer gibi hastalıkların görülme sıklığını beraberinde getirecektir (Kalınkara, 2014:92-94).

\*Nüfusun yaşlanması; ekonomiyi, sağlık harcamalarını etkileyeceği için nüfusun demografik özelliklerine göre harcamalar yapılmasının bütçeye ek bir yük getireceği öngörülmekte yani yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemlerinin devamlılığını tehlikeye atacağı düşünülmektedir (Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:26).

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte oluşan ve oluşabilecek risklerle ilgili olarak gelişmiş ülkeler çeşitli sosyal politikalar geliştirmişlerdir (emekliliğe kademeli geçiş, yaşlı istihdamını teşvik edici çalışmalar, yaşlı çalışanların çalışma saatlerinin esnek olması gibi); ancak az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artış oranının daha yüksek olması dikkate alındığında sosyal politika ve yaşlıların yaşam kalitesini artırıcı önlemlerin alınması son derece önem arz etmektedir

### **1.5. Türkiye’de yaşlı nüfus**

Türkiye Avrupa ülkeleri içerisinde görece genç bir nüfusa sahip olmasına rağmen yaşlılık problemiyle karşı karşıya kalmaktadır. Genel kabule göre; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının % 4’den az olduğu toplumlar genç toplum olarak 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının % 4-7 arasında olduğu toplumlar ise erişkin toplumlar olarak adlandırılmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının % 7-10 arasında olduğu toplumlar yaşlı toplumlar (ülkemizde bu gruba dahil edilmiştir) ve yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının % 10’un üzerinde olduğu toplumlar ise çok yaşlı toplumlar olarak adlandırılmaktadır (Gürboğa ve Karakuş, 2015:78).

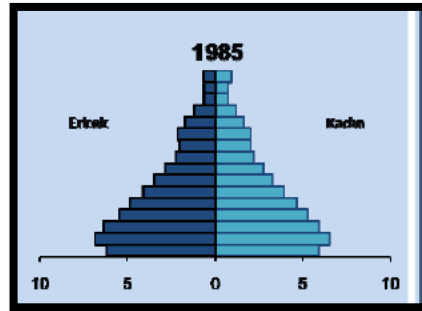
Türkiye’de Cumhuriyet’in kurulmasıyla birlikte nüfus ile ilgili politikalar konuşulmaya başlanmış özellikle nüfusu artırıcı politikalar üzerinde durulmaya başlanmıştır. *“1923’te Türkiye’nin en önemli meselelerinden biri nüfus meselesiydi. Sürekli savaşlarla kırılmış, yorulmuş ve o sıralarda 12,5 milyon kadar olduğu çok daha sonra tahmin edilebilmiş olan Türkiye nüfusu, zamanın idarelerince tehlikeli şekilde az görüliyordu. Nüfus miktarı hakkında doğru bir bilgi bulunmaması, meselenin ağırlığını daha da artırıyordu. Zira yeni Türk devletlerinin düşmanları*

*Türkiye nüfusunu olduğundan da küçük gösterme çabasında idiler” (Timur, 1968:77’den aktaran Tufan, 2007:37). 1927 yılında Türkiye’nin ilk nüfus sayımı yapılmış ve nüfusun 13,6 milyon olduğu ortaya çıkmıştır. Türkiye’de 1927 yılına gelindiğinde yetersiz beslenme, uzun süren savaşlar, yaşanan ölüm ve kayıplar, göçler nüfusu azaltmıştır (Kocaoğlu, 2015:288). Bundan dolayı 1927’den 1960’lı yılların sonlarına kadar nüfus artırıcı politikalar sürdürülmüş bu dönemde nüfus patlaması yaşanmıştır (Tufan, 2007:37).*

Hızlı artan nüfus ekonomik, hukuksal ve tıbbi alanlarda toplumsal sorunlara yol açmasının neticesinde 1970’li yıllarda nüfus planlama politikasına başvurulmuştur. Nüfus planlanmasının sonucunda doğurganlık azalmıştır. Bu süreç içerisinde ölüm oranlarının da düşmesi yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Türkiye’de doğum oranının yüksek olmasına rağmen; doğumdaki artış hızı düşmüş bununla beraber ölüm oranında da düşme yaşanmış, yaşam süresinin uzaması sonucunda Türk toplumu da yaşlanmaya başlamıştır. Türkiye’de nüfus artış hızı 2000 yılında %1.50 altına düşmüştür. 2020 yılında % 1’in ve 2023 yılında ise % 0.84’e düşmesi beklenmektedir. Türkiye nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Doğumda beklenen ortalama ömür süresi 2000’li yıllarda 70 yaş iken, 2020’li yıllarda 80 yaş civarına ulaşılması beklenilmektedir (Tuna, 2017). Bu değişimi nüfus yapısını açıklayan nüfus piramitleriyle de anlamak mümkündür.

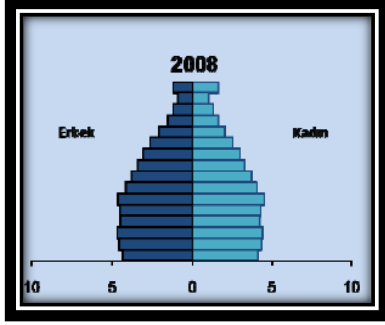
Buna örnek olarak Türkiye’nin 1985, 2008 yıllarına ait ve 2023 olması tahmin edilen demografik değişim ve dönüşümlerini belirten nüfus piramitleri aşağıda belirtilmiştir.

*Türkiye’nin 1985 yılına ait Nüfus Piramit Örneği*

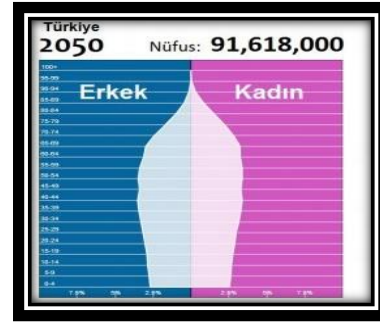


*Kaynak: Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü*

*Türkiye'nin 1985 yılına ait Nüfus Piramit Örneği*



*Türkiye'nin 2050 yılında olması ait tahmin edilen nüfus piramit örneği*



Nüfusu genç olan ülkelerin nüfus piramitleri “üçgen” şekline benzerken (1985 Nüfus Piramidi), toplumsal yaşlanmanın belirginleştiği ülkelerde “çan” biçimini almaktadır (2008 Nüfus Piramidi). Çok yaşlı toplumlarda piramit “mantar” şekline benzemektedir (2050 Nüfus Piramidi). Günümüzde ülkemizin nüfus piramidi giderek “çan” şekline benzemektedir. (Henüz tam olarak çan şeklinde değildir). Piramidin altındaki daralmalar görülmekte bu ise doğumlardaki azalmayı göstermektedir. Piramidin üstünde görülen kalınlaşma ise yaşlanan nüfustaki artışı belirtmektedir.

Tufan, endüstrileşme sürecine giren toplumların demografik yapısının beş safhadan geçerek değiştiğini belirtmektedir. İlk safhada, doğum ve ölüm oranları yüksektir. Türkiye bu safhayı 1923'ten önce geçirmiştir. İkinci safhada; doğum oranı yüksektir; ama ölüm oranı hızla azalmaya başlamaktadır. Türkiye bu safhayı 1923-1960'lı dönemlerde geçirmiştir. Üçüncü safhada ise; hem doğumlar hem de ölümler azalmaya başlamıştır. İnsan yaşamını uzatan olanaklar daha fazla yaygınlaşmıştır. Üretim biçimleri ve yaşam koşulları değişmeye başlamış, geleneksel aile yerini çekirdek aileye bırakmıştır. Türkiye günümüzde bu safhadadır. Dördüncü safhada doğum ve ölüm oranları artık iyice düşmüş, nüfus artış hızı sıfıra yaklaşmıştır. Endüstri ülkeleri bu safhaya girmiş olmanın sıkıntılarını yaşamaktadır. Örneğin; Almanya'nın nüfusu hızla azalmakta ve Avrupa'nın en hızlı yaşlanan ülkesi olmaktadır. Beşinci safha ise demografik geçiş modelinin son aşamasıdır. Bu safhada doğum ve ölüm oranları yükselmek üzere dipte dengeye oturmaktadır (Tufan, 2007:41-42).



Türkiye demografik geçiş modeline göre üçüncü safhada olan; ancak giderek yaşlanan bir toplum yapısına sahiptir. TÜİK verilerine göre; 2016 yılında Türkiye'nin nüfusu 79.814.871'dir. Ülke nüfusunun 2023'te 84 milyon, 2075 yılında ise 90 milyona yakın olması beklenmektedir. 2014 yılında Türkiye'de toplam nüfus artışı binde 13,3 iken yaşlı nüfus artış hızı binde 49,9'dur. Yaşlı nüfus oranının diğer yaş gruplarından daha yüksek bir artışa sahip olduğu görülmektedir (Gürboğa ve Karakuş, 2015:79-80).

TÜİK'in yaşlılarla ilgili yayınladığı "İstatistiklerle Yaşlılar 2014" başlıklı raporda; yaşlı nüfusun (65 ve üzerindeki) 2014 yılında 6.192.962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 8,01'dir. İlerleyen süreçlerde bu oranın artacağı, 2023 yılında % 10,2, 2050 yılında % 20,8 ve 2075 yılında ise % 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun ise 2014 yılında % 8,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla % 29,5 ile Monako, %25,8 ile Japonya ve % 21,1 ile Almanya olmuştur. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. Sırada yer almıştır. Danimarka, Slovakya, Finlandiya, Norveç, Bosna Hersek gibi ülkelerden daha fazla yaşlı nüfusu olduğu ortaya çıkmıştır (Gürboğa ve Karakuş, 2015:81-82).

Bu veriler ışığında ortaya çıkan sonuç; Türkiye nüfusunun giderek yaşlanmakta olduğudur. Nüfus artış hızının ve kaba doğum oranının düşmesi ile birlikte beklenen yaşam süresi de uzamaya başlamıştır. Türkiye'nin demografik yapısının bu kadar kısa bir süre içerisinde değişim göstermesi ülkemiz açısından çeşitli fırsatları meydana getirirken diğer yandan da çok ciddi boyutta sosyal risk ve problemleri de beraberinde getirmektedir. 15-64 yaş arası nüfus üretimde yer alan aktif nüfustur, bu nüfusun genel nüfus oranının 2/3'ü geçmesi çeşitli fırsat ve olanakları da karşımıza çıkarmaktadır. Bu fırsatların değerlendirilmesi için aktif olan nüfusun nitelikli bir eğitime sahip olması aynı zamanda üretim açısından kaliteli işler ortaya koyabilecek donanıma sahip olması gerekmektedir (Tuna, 2017). Diğer taraftan yaşlanan toplumlarda bireylerin sağlık harcamalarının arttığı, kanser, felç, Alzheimer gibi hastalıkların yaşlanma ile birlikte daha sık karşılaşıldığı bilinmektedir. Dolayısıyla sağlık alanındaki harcamalar ekonomi açısından önemli yer tutmaktadır. Bundan dolayı ülkemizde artan yaşlı nüfusun ihtiyaçları göz önünde

olarak ekonomik, politik, sosyal anlamda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik sosyal politikalar geliştirilmeli, ortaya çıkabilecek sosyal risklere karşı önlemler alınmalıdır.

### **1.6. Yaşlıların Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Politikalar**

Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık sosyal bir problem hâline gelmiştir. Bu bağlamda yaşlılıkla ilgili çeşitli sosyal politikalarında üretilmesi ve yaşlıların yaşam kalitesini artırıcı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Yaşam kalitesi en genel anlamda bireyin kendisini mutlu hissetmesi, iyi olma hâli ve yaşadığı yaşam koşullarından tatmin olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı bireylerin yaşamdan duydukları tatmin, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, kentin olanaklarından yararlanabilme, ekonomik olarak geçimini sağlayabilmeleri yaşam kalitelerini etkileyen unsurlardır.

Gelişmiş ülkelerde, ekonomik büyüme ve bununla birlikte artan refahın toplumun her kesimine ulaşması yaşam kalitesi göstergesi olarak kabul edilirken gelişmekte olan ülkelerde ise bu durum farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde toplumsal kalkınmaya yönelik çalışmalar yaşam kalitesi göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Yaşam kalitesi içeriğinde farklı yaşam durumları tanımlanmaktadır; genel sağlık durumu, duygusal durum, refah düzeyi, yaşam tatmini, mutluluk, entelektüel düzey, ağrı kusma gibi semptomların derecesi, cinsel fonksiyonlar, sosyal aktivite, ekonomik ve mesleki durum sayılabilir (Kalınkara, 2014:257). Ancak yaşam kalitesi kuramsal bakımdan *Nesnel Göstergeler Modeli* ve *Öznel Yaklaşımlar Modeli* olmak üzere iki farklı yaklaşımla açıklanmaktadır. Nesnel Göstergeler Modeli; yaşam kalitesini etkileyen sosyal göstergeleri açıklamaktadır. Yapılan araştırmalarda yaşam kalitesini etkileyen sosyal göstergelerin sınırsız olduğu ortaya konulmuştur. İşsizlik oranı, intihar, suç işleme oranı, uyuşturucu madde kullanım oranı, eğitim düzeyi, çevre kirliliği, sağlık, sosyal refah, eğitim, nüfus ve sosyal güvenlik gibi değişkenler bir toplumdaki nesnel yaşam kalitesini göstermektedir (Ceylan, 2010:97). Öznel Yaklaşımlar Modeli ise; bireyin yaşamında önemli olarak adlandırdığı olayların sonuçları üzerinde durmakta ve psikolojik değerlendirmeleri daha çok davranışsal uyum ve psikolojik açıdan gelişme kuramları açısından ele almaktadır. Öznel Yaklaşımlar Modelinde; *epidemiyolojik model*, *yaşam krizleri modeli*, *yeterlik modeli*

ve *uyum düzeyi modeli* olmak üzere dört alt model ve bu modellerin tamamını kapsayan bir yaklaşım ele alınmaktadır.

***Epidemiyolojik Model:*** Bu model/kuram, bir hastalığın toplumda yaygınlık düzeyi ile ilgilidir. Bu yaşam kalitesi bağlamında değerlendirildiğinde bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına zarar verecek faktörler üzerinde durulmaktadır. Boşanma, yakınların kaybı, işten çıkarılma gibi olumsuzluk ve stres yaratacak durumları incelemektedir. Strese yol açan olaylar birleştiğinde ise ya bireyin sağlığını tehdit edecek çeşitli hastalıklar meydana gelecek ya da hastalığa yakalanma olasılığı da artacaktır (Şimşek, 2001:6).

***Kriz Modeli:*** Bu model/kuram ise bireyin yaşamında karşılaştığı sorunlarla baş edebilmek için kullandığı yöntemlerle birlikte psikolojik dengesini korumaktır. Bireyin yaşadığı bazı problemler psikolojik dengeyi bozabilmektedir. Böyle bir kriz durumunda biyolojik psikolojik ve sosyal bağlamda baskının üzerinden gelme deneyimi bireyi rahatlatarak ve bireyin kendisini daha iyi hissetmesine yol açacaktır. Ancak tam tersi durumlarda ise yani bireyin krizi atlattığı ve problemlerle baş etmede zorluk yaşadığı durumlarda ruhsal çöküntü yaşanabilmektedir. Bu bağlamda bireyin; ailesinden, arkadaş ilişkilerinden gördüğü destek yaşam kalitesinin artması yönünden de önem taşımaktadır (Şimşek, 2001:6-7).

***Yeterlilik Modeli:*** Bu kurama/modele göre bireyin kendisini geliştirebilmesi için içinde bulunduğu sosyal çevre olanaklarının uygun ve yeterli olması gerekmektedir. Yeterlilik modeli kendini yönetme, etkililik ve yeterlilik öğelerinden oluşmaktadır. Bu bağlamda birey bu öğeleri kullanarak becerilerini geliştirebilmektedir (Ceylan, 2010:99).

***Uyum Düzeyi Modeli:*** Bu model/kurama göre bireyler daha önce yaşadıklarını ve başkalarının yaşadıklarını kendi yaşamlarında başlangıç noktası olarak karşılaştırmakta ve bunları bir değer olarak kabul etmektedirler. Dolayısıyla bunlar bireylerin yaşam kalitelerini etkilemektedir. Olumlu yaşantılar yaşam tatmini artırırken, olumsuz yaşantılar da stres düzeyini artırmaktadır.

***Ruh Sağlığı Yaklaşımı:*** Bu yaklaşım yukarıda açıklanan dört model/kuramdaki farklılıkları değerlendirip yaşam kalitesini etkileyen faktörleri daha geniş bir çerçevede ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre birey iki farklı unsura gereksinim

duymaktadır. Bunlardan birincisi; yaşamını olumsuz etkileyecek ve stresi artıracak olaylardan uzak durmalı, bu olayları azaltmalı ya da bunlara uyum sağlamalıdır. İkinci gereksinim ise, bilgi ve becerilerini geliştirerek yaşam tatminini arttırmaya yöneliktir. Bu iki gereksinim birbirinden bağımsızdır. Bir gereksinimi karşılamak diğerinin karşılanması anlamına gelmemektedir. Bundan dolayı yaşam kalitesini artırmak için hem uyum hem de yeterlilik gereksinimi karşılanmalıdır. Bu gereksinimlerin karşılanması ise bireysel ve sosyal kaynakların varlığı ve yeterliliğiyle ilişkilidir. Sosyal kaynaklar (aile, arkadaş desteği) uyum sağlamayı kolaylaştırıcı ve yaşam kalitesini artırıcı bir etkidir.

Nesnel ve öznel yaşam kalitesini etki eden faktörler incelendiğinde bireylerin yaşamlarındaki olayları kontrol etme hissinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak yaşamlarındaki olayları kontrol edemedikleri ya da kontrol etmede sıkıntı yaşadıklarında ise bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Özellikle yaşlılık dönemi ruhsal ve fizyolojik kayıpların yaşandığı ve hastalıkların daha sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. Dolayısıyla yaşlı bireyin yaşamında maddi ve manevi olarak hakimiyet hissinde azalma yaşaması, sosyal destek görememesi, ekonomik anlamda kayıplar yaşaması ve bu tür krizlerle baş edememesi yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyecektir. Bu bağlamda yaşlıların karşılaştıkları sorunlarla nesnel ve öznel yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulama ve politikalar gerçekleştirilmelidir.

Yaşlanma ile birlikte biyolojik kayıplar yaşanırken, bu süreçte ekonomik, sosyal, psikolojik ihtiyaçlar da meydana gelmektedir. Bundan dolayı; yaşlılık politikalarında göz önünde bulundurulması gereken husus; yaşlı insan ve onun yaşam alanı olmalıdır. Bununla birlikte yaşlılık politikaları geliştirilirken yaşlının toplumdan izole edilmesinin ve dışlanmasının da önüne geçilmelidir. Yapılan araştırmalarda yaşlılık döneminde ortaya çıkan sorunların başında; çalışma yaşamından emekliliğe geçiş, gelirdeki düşme, sosyal ilişkilerde bozulma, rol ve statü değişimlerinin yaşanması gelmektedir (İçli, 2008:33). Birçok yaşlı birey yaşlılık döneminde yaşadığı bu ve buna benzer sorunlar neticesinde daha içe kapanık ve toplumdan izole olmuş şekilde hayatlarını sürdürmekte ya da pasiflik ve “bir işe yaramama duygusu” içerisinde intihar etmektedir. Yaşlı bireylerin toplumdan

dışlanmadan ya da kopmadan, toplum yaşamına aktif katılmalarını sağlamak geliştirilecek yaşlılık politikalarında önemli bir yer edinmektedir.

### 1.6.1 Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal güvenlik sistemi ve sosyal güvenlik hizmetleri geniş kapsamda ele alınması gereken, oldukça karmaşık ve değişik boyutları olan bir konudur. Bu bağlamda, sosyal hizmet ve sosyal sigorta konuları sosyal güvenlik sistemi içerisinde düşünülmelidir. Sosyal güvenlik; bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için risk oluşturabilecek olaylara karşı bir güvencedir. Sosyal güvenliğin temelini ise; bir iş alanında çalışarak üretime katılma, bundan doğan gelir ve bu gelirin korunması oluşturmaktadır (Kalınkara, 2014: 368). Özellikle yaşlılık döneminde bireyin sosyal güvenceye sahip olması; ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve bireyin görece daha refah içerisinde yaşamasını sağlayacaktır.

Yaşlılara yönelik sosyal politikalar bağlamında ilk akla gelen emeklilik sistemleri olmaktadır. Sosyal hizmetler kapsamında yaşlı bakım ve destek hizmetleri ile sosyal yardımlar yaşlılara dönük sosyal politika uygulamalarındandır (Taşcı, 2010:183).

Yaşlılık sigortası (emeklilik sigortası) yaşlılara dönük sosyal politika uygulamalarının en yaygın olanıdır. Yaşlılık sigortası; *“yaşının ilerlemesi gibi nedenlerden dolayı, fiziki gücünü kaybeden, eskisi gibi verimli çalışamayan ve dolayısıyla gelir ve kazanç kaybına uğrama tehlikesi ile karşı karşıya gelebilen kişilerin bu sosyal risklerini karşılama ve onlara emekli aylığı bağlama amacını güden, sosyal sigortalar sisteminde yer alan bir sigorta türü”* şeklinde açıklanmaktadır (Seyyar, 2005:84’ten aktaran Taşcı, 2010:183). Yaşlılık sigortasının iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, kişinin çalışmadığı emeklilik sürecinde, kişiye gelir sağlaması bağlamında, kişinin tüketim ihtiyaçlarını temin etmektir. İkinci amaç ise; özellikle uzun ömürlülük durumlarında kişiyi güvence altına almaktır. Bu doğrultuda yaşlılık sigortasının birinci amacı ile yaşlıların yoksullaşmasını gidermek, ikinci amacı ile de dağıtıcı objektifliği sağlaması söz konusudur (Blake, 2006:1’den aktaran Taşcı, 210:183-184).

Ülkemizde 5510 sayılı kanun hükümlerine göre 4/a, 4/b, 4/c statülerinde belirli bir süre çalışıp gerekli yaş ve prim ödeme gün koşulunu yerine getiren kişiler Sosyal

Güvenlik Kurumundan emeklilik sigortası bağlamında aylık almaya hak kazanmakta ve bu şekilde sosyal güvenceye kavuşmaktadırlar. 5510 sayılı kanun öncesinde, ülkemizde sosyal güvenlik sistemi, devlet memurlarının tabi olduğu Emekli Sandığı, işçi statüsünde görev yapmış olanların bağlı olduğu Sosyal Sigortalar Kurumu, serbest meslek olarak kendi hesabına çalışanların bağlı olduğu Bağ-kur olmak üzere 3 farklı kurumdan oluşmuş iken, bu kanunla birlikte bu üç kurum bir çatı altında birleşerek Sosyal Güvenlik Kurumu adını almıştır. Bununla birlikte gelir getiren bir işte çalışmayan kişilerin de sağlık hizmetlerinden yararlanmasına yönelik verilen ücretsiz yeşil kart hizmeti 2012/2 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu'nun genelgesine göre değişmiş, sağlık hizmetlerinden yeşil kart ile ücretsiz faydalananların gelir testinden geçmesi gerekmektedir. Gelir tespitinde ise; aynı hane içinde yaşayan nüfus kayıtlarında yer alan eş, evli olamayan çocuk (yaşlarına bakılmaksızın) sağlık sigortalısı olarak kaydedilecek kişinin anne ve babası esas alınmaktadır. Bununla birlikte aynı hanede yaşayamayan ve öğrenim sebebiyle başka bir yerde yaşayan evli olmayan çocuklardan 25 yaşını doldurmamış olanlar gelir tespitinde aile içinde değerlendirilmektedir. Bu bağlamda tescil edilen genel sağlık sigortalısının kanuna göre bakmakla yükümlü olduğu kişiler, bakılmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık yardımlarından faydalanabilmektedir (Şahin ve Yıldırım, 2015:63-64). Bu kişilerin sağlık sigortasından faydalanabilmeleri için yatırılması gereken primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. 5510 sayılı kanunun 60/g statüsündeki sigortalıların kişi başına düşen gelir tutarı asgari ücretin üçte birini aşması halinde, 60/g statüsünde genel sağlık sigortası olanlar 3 grupta incelenmektedir:

- I. Grup, aile içindeki ortalama geliri asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında olanlardır. Bu grupta olanların genel sağlık sigorta primi asgari ücretin üçte biri üzerinden ödenmektedir.
- II. Grup, aile içindeki ortalama geliri, asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında olanlardır. Bu grupta olanların genel sağlık sigorta primi asgari ücret tutarı üzerinden ödenmektedir.
- III. Grubu ise aile içindeki ortalama geliri asgari ücretin iki katından fazla olanlar oluşturmaktadır. Bu grupta olan genel sağlık sigorta primini asgari ücretin iki katı üzerinden ödemektedir (Şahin ve Yıldırım, 2015:64).

Bu düzenlemeyle birlikte yaşlıların sağlık giderleri sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmasının yolu açılmıştır. Bunun dışında değişen toplumsal koşullar nedeniyle primli sosyal güvenlik sistemi dışında kalan yaşlıların maddi risklere karşı korunması, aylık ve gelir bağlanması ile sağlık yardımı yapılması zorunluluğunu da meydana getirmiştir. 2022 sayılı kanun uygulamasıyla; 65 yaşını doldurmuş, herhangi sosyal güvenlik kurumundan geliri olmayan Türk vatandaşları herhangi bir şekilde sigortalı olma ve prim ödeme şartı olmaksızın “yaşlılık aylığı” almaktadır (Camkurt, 2014:71).

Türkiye’de sosyal güvenlik kurumundan yararlanan ve gerçek anlamda sigortalı olup emekli olabilenlerin sayısı henüz yeterli düzeye ulaşmamıştır. Bunun en önemli sebebi, sosyal güvenlik bilincinin yeterince gelişmemiş olmasıdır. Buna bağlı olarak da kayıt dışı (sigortasız) çalışmaların olmasıdır. Bu ise gelecekte, belirli yaşa gelmiş bireylerin prim ödeme gün sayısı ve koşulunu yerine getirmemelerinden dolayı yaşlılık sigortalarından yararlanamamasıyla sonuçlanmaktadır (Camkurt, 2014:77).

2002 yılında yaşı 20-59 arasında çalışır durumdaki 14,2 milyon kişiden 2,9 milyonu kamu sektöründe, 5,8 milyonu özel sektörde, 4,2 milyonu kendi iş yerinde çalışmaktaydı. Kamu sektöründe çalışanların % 97’ si sigortalıydı. Buna karşın özel sektörde çalışanların % 29 ‘u, işverenlerin % 21’i, kendi iş yerinde çalışanların % 52’si ise sigortasızdı (Tufan, 2007:71). Bu tablo sonucunda ortaya çıkan sonuç ise; geleceğin sosyal güvenlik açısından olumsuz bir seyir izleyeceği yönünde olmuştur. Dolayısıyla uygulanacak yaşlılık politikalarında sosyal güvenliğin bilinçlendirilmesi açısından da düzenlemeler yapılmalıdır. Bununla birlikte gençlik döneminde üretime dahil olmuş ya da olamamış tüm yaşlılar için asgari bir emekli aylığı bağlanması yaşlılar için önerilecek sosyal güvenlik politikalarındandır (Tufan, 2016:211).

### **1.6.2 Yaşlılara Yönelik Barınma Ve Bakım Hizmetleri**

Artan yaşlı nüfusla birlikte, yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin ve sosyal politikaların da çeşitlilik kazanması gerekmektedir. Özellikle yaşlılık döneminde, iş ve gelir kaybının yaşanması, yaşlı bireye bakacak kimsenin olmaması ya da bireye bakacak birinin olması hâlinde bile bireyin bir kurumdan barınma ve bakım hizmeti talep edebilmektedir. Bundan dolayı, yaşlılara yönelik bakım ve barınma hizmeti önem taşımaktadır.

Ülkemizde her dönemde yaşlılara yönelik yardım, barınma ve koruma hizmetine önem verilmiştir. Günümüzde ise bu sosyal hizmetlerin sunduğu çeşitlilik yaşlıların gereksinimleri doğrultusunda artırılmaya çalışılmaktadır.

Yaşlıları koruma hizmetini veren ilk kurum Selçuklular döneminde XI. Yüzyılda kurulmuştur. Sivas'ta XI. Yüzyılda Reha Oğulları tarafından Darülreha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze, dullar için barınma tesisi bulunduğu saptanmıştır. Memlûklüler döneminde XIII. Yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir. Osmanlı döneminde ise aşevleri, imarethaneler yaşlı insanlara hizmet vermiştir. Darülrehalar (huzurevleri), vakıflar ve hastaneler yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yürütmüştür. Osmanlı Döneminde, sosyal hizmetlerin çoğu XIX. Yüzyıla kadar vakıflar ile yerine getirilmiştir. 1895 yılında kurulan Darülaceze öncelikle sakat, yoksul, kadın erkek ve kimsesiz çocukları korumak adına hizmet vermiştir. Bu vakıf 1924 senesinde İstanbul Belediyesine devredilmiştir. 1999 yılına kadar belediyeye bağlı olarak hizmet veren vakıf daha sonra İç İşleri Bakanlığına bağlanarak kurulduğu günden bugüne kadar çeşitli din ve ırklardan birçok insana hizmet vermiştir (Memlûk ve Yılmaz, 2005'ten aktaran Hablemitoğlu ve Özmete, 2010:190).

Cumhuriyet dönemi sonrasında ise belediyeler yaşlı ve bakıma muhtaçların korunmasına yönelik; yaşlı ve huzurevleri adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açmıştır. Ülkemizde yaşlıların fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlık durumuna göre barınma ve bakım hizmeti aldıkları kurumlar vardır. Bu kurumlar; huzurevleri, huzurevleri ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezleri ve özel bakım merkezleridir. Huzurevleri; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na, diğer bakanlıklara, yerel yönetimlere, azınlıklara, dernek ve vakıflara ayrıca gerçek kişilere bağlı (özel) olarak hizmet vermektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet gösteren 140 kuruluşun toplam kapasitesi 14.439'dur. Normal bakımda olanların sayısı 8.914'tür. Özel bakımda olanların sayısı ise 5.525'tir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının dışında, diğer bakanlıklara (İçişleri Bakanlığı) bağlı huzurevi sayısı 2'dir. Yerel yönetimlere ait



huzurevi sayısı 21, dernek ve vakıflara ait huzurevi sayısı 29, azınlıklara ait huzurevi sayısı 5, gerçek kişilere ait (özel) huzurevi sayısı ise 171'dir.<sup>2</sup>

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yaşlılık alanındaki görevleri şunlardır:

- Yaşlılara yönelik sosyal hizmetlere ilişkin olarak ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi, çalışmalarını koordine etmek, belirlenen politika ve stratejileri uygulamak ve bunların değerlendirilmesini yapmak.
- Yaşlılara yönelik sosyal hizmet modellerini geliştirmek.
- Yaşlıların ve bakıma muhtaç engellilerin yaşamlarını evlerinden ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan sürdürebilecekleri sosyal desteklerin verilmesi için gerekli mekanizmaları kurmak, var olanları standardize etmek, uygulamaları takip etmek ve denetlemek.
- Yaşlıların toplumla bütünleşmesine, statü ve rollerinin yeniden kazanımına, işlevlerinin artırılmasına, boş zamanlarının etkili bir biçimde değerlendirilmesine ilişkin mekanizmalar oluşturmak.
- Kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce engellilere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamak.<sup>3</sup>

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği'nde huzurevi "*60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyleri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu bireylerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu*" olarak tanımlanmıştır.<sup>4</sup> (Huzurevlerinde yaşlıların günlük yaşamlarını idame ettirmeleri, sosyal aktivite ve spor yapmaları, yaşamlarını sağlıklı, huzurlu ve güvenli bir şekilde sürdürmeleri sağlanmaktadır. Bununla birlikte, günlük yaşamını devam ettirebilen; ancak fiziksel rahatsızlığı olan tedavisi mümkün olan yaşlılarda Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalmaktadır.

<sup>2</sup> <http://evh.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/kuruluslarimiz-yasli/diger-huzurevleri>

<sup>3</sup> <http://evh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanun-hukmunde-kararnameler/aile-ve-sosyal-politikalar-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname>

<sup>4</sup> <http://www.evh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeli>

Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ise yaşlı bireylerin yaşamlarını sağlıklı, güvende ve huzur içinde sürdürmelerinin hedeflendiği ve kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı kuruluşlardır. Bunula birlikte tedavisi mümkün olmayan ve özel ilgi isteyen yaşlılar ise özel bakım altına alınmaktadır.

Özel Bakım ise; Ruh sağlığı yerinde olup herhangi bir bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı olarak hayatını devam ettiren ya da fiziksel ve/veya zihinsel gerilemeden dolayı özel ilgi destek ve bakıma gereksinimi olan yaşlılara verilen hizmettir.

Ülkemizde hızla artan yaşlı nüfusa karşın huzurevleri ve huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı artırılmalıdır. Demografik ve kültürel sebeplerden dolayı huzurevlerinin dağılımında dengesizlikler bulunmaktadır. Ülkemizde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Müdürlüğüne bağlı olmak üzere hizmet veren huzurevi, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri çoğunlukla Ege ve Marmara bölgesinde faaliyet göstermektedir.. Bununla birlikte demografik değişimlerin yaşanması ve yaşlı nüfusun artmasıyla birçok yaşlı birey barınma ve bakım talebinde bulunacaktır. Bundan dolayı şimdiden başlangıç olarak düşük kapasiteli huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri yapılmalı, bu kurumlar personel sayısı, sosyal ve fiziki imkanlarla güçlendirilmelidir.

Yaşlılara yönelik geliştirilebilecek bir diğer sosyal politika; sosyal bakım, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlaşmadır. Yaşlı bireyin ihtiyacı doğrultusunda sosyal bakım ve yardımlaşma meydana gelmektedir. *“Sadece ileri yaşlılıkla direkt ilgisi olmayan; fakat fizyolojik kayıp veya fonksiyonel yetersizlikten dolayı bakıma muhtaç hâle gelmiş insan”* bakıma muhtaç yaşlı olarak adlandırılmaktadır (Seyyar, 2004:11 ‘den aktaran Taşcı, 2010:185). Bu bağlamda bakıma muhtaç olan yaşlılara dönük evde bakım hizmetleri de uygulanmakta; bu hizmet grubundaki yaşlılar genel olarak 65 yaş ve üzeri, kronik rahatsızlığı olan ve uzun vadede bakım gerektiren yaşlılar olmaktadır. Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin farklı çeşitleri bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; evde bakım hizmetleri sadece tıbbi hizmet içermemekte; aynı zamanda sosyal hizmetleri de içinde barındırmaktadır. İkincisi;

evde bakım hizmetleri kısa ya da uzun vadede gerçekleştirilebilmektedir. Üçüncü olarak da uzman kişilerin verdikleri/yaptıkları bakım hizmetleri ile alenin verdiği bakım hizmetleri farklılık gösterebilmektedir (Taşcı, 2010:188).

#### **1.6.2.1. Evde Bakım Hizmeti**

Evde bakım hizmetleri, yaşlı bireyin herhangi bir kritik durumla karşılaşmasını önleme ya da tedbir alma açısından önem arz etmekte ve yaşlılar tarafından da tercih edilmektedir.

Dünyada ve ülkemizde genel olarak bakım oranlarına ilişkin çalışmalar ve tahminler bulunmakla birlikte, yaşlı ihtiyacı oranı veya sayısına ilişkin ülkemize de uyarlanabilecek sayısal bir veri ya da genel geçer bir oran bulunmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde yaşlı nüfusun ne kadarının bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu kesin rakamlarla belirtilmemiştir ancak ülkemizde yaşlı bakımına ilişkin hizmet modellerinin (evde bakım, evde sağlık, gündüzlü bakım, yatılı kurum bakımı, yaşlı evi, yaşlı apartmanı, yaşlı siteleri vb.) geliştirilmesi gerekmektedir (Gürboğa ve Karakuş, 2015:88).

Evde bakım hizmeti; sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesidir. Bunun için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi gerekmektedir Evde sağlık hizmetleri ekibinde, asgari bir hekim ve bir hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı bulunmaktadır.<sup>5</sup>

Evde bakım hizmeti yaşlı bireyin gereksinimi doğrultusunda bakıma muhtaçlığını en aza indirmesini sağlayarak yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda yaşlı bireyin ev işleriyle ilgilenilmesi, bireyin ihtiyacı doğrultusunda alışverişinin yapılması, yaşlı bireyin yemeğinin yapılması ve

<sup>5</sup> [www.saglik.gov.tr/Eklenti/1352,yonergedocx.docx?0](http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1352,yonergedocx.docx?0) Erişim Tarihi: 25/12/2017

yedirilmesi, banyo, tuvalet, giyinme soyunma gibi günlük aktivitelerin yapılması yine evde bakım hizmetleri arasında gerçekleşmektedir.

Evde Bakım Hizmetleri kapsamında genel olarak; hemşirelik hizmetleri, destek sağlık ve rehabilitasyon hizmetleri, gündüz/gece bakımı, ev idaresi hizmetleri (evin idaresi ve yönetim kapsamında, gelir idaresi, ev temizliği, ütü yapma, çamaşır yıkama, yemek yapma, tamir ve alışveriş işlemleri vb.), kişisel bakım, sosyal destek (yaşlı bireyin randevularına ulaşabilmesi için yardım edilmesi, sağlık sistemi içerisinde ilaçların temini, faturaların ödenmesi vb.), gıda ve beslenme hizmetleri, danışmanlık hizmetleri (yaşlı bireylerin hak ve sorumluluklarına yönelik öneri ve danışmanlık ile öneri ve şikayetlerinin değerlendirildiği hizmeti kapsamaktadır), bakıcılar için hizmetler (sadece yaşlı bireylere değil, onlara bakım veren kişilere de belli zaman aralıklarında eğitim ve desteğin verilmesi), ilaç tedavisi, palyatif bakım (semptomların yönetilmesi ve hayatın son günlerinin rahat geçirilmesinin sağlanması), fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması gibi faaliyetleri içermektedir (Güven, 2016:297-298).

Evde bakım hizmeti üç farklı özellikten oluşmaktadır. Bunlardan ilki, evde bakım hizmeti yalnızca tıbbi bakımdan oluşmamasıdır. Tıbbi bakımla birlikte bireyin gereksinim duyduğu sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkinci özellik ise, evde bakım hizmeti kısa ve uzun süreli bakım olarak ayrılmaktadır. Kısa süreli evde bakım hizmeti genel olarak otuz günle sınırlandırılmış tıbbi bakım hizmetidir, genellikle hastalıktan sonra iyileşme döneminde yaşlı bireylere verilmektedir. Uzun süreli evde bakım hizmeti ise hem tıbbi bakımı hem de sosyal bakımı kapsamakla birlikte daha çok sosyal bakım ağırlıktadır. Daha çok altı aydan uzun süren bakım gereksinimi duyan bireylere verilmektedir. Üçüncü özellik ise, evde bakım hizmeti alanında uzmanlaşmış kişiler ile aile bireyleri de yaşlı bireye evde bakım hizmeti verebilmektedir (Oğlak, 2007:101-102).

Evde bakım hizmeti ile yaşlı birey, kendi alıştığı ve rahat ettiği bir ortamda gereksinimleri doğrultusunda hem tıbbi hem de sosyal hizmet ve destek olarak daha iyi ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bir yaşam sürecektir.

### 1.6.3. Aktif Yaşlanma

Yaşlıların çalışma hayatında korunmaları ya da güvence altına alınmaları, ayrımcılığa maruz kalmalarının engellenmesi ve topluma aktif bir şekilde katılmaları sağlanarak, sosyal yaşamdan izole olmalarının önüne geçilmesi, yaşlılıkta uygulanacak bir diğer sosyal politikalarındandır.

Yaşlılık dönemi ekonomik gerilemenin yaşandığı, sosyal statüde azalmaların ve fiziksel olarak güç kaybının yaşandığı bir dönemdir. Yaşlı bireyin günlük aktivitelerini yaparken zorlanması ya da bir başkasına bağımlı hâle gelmesi yaşlı bireyi sosyal dışlanmaya maruz bırakabilmektedir. Sosyal dışlanma; dezavantajlı grupları (engelliler, yaşlılar, yoksullar, göçmenler, tek ebeveynli aileler, madde bağımlısı olanlar, işsizlik sigortası alamayan işsizler gibi) kapsayan içeriği geniş bir kavramdır. Sosyal dışlanma ekonomik, politik ve sosyokültürel boyutları içermekte ve sosyal haklardan yararlanamama durumunu ifade etmektedir (Görgün Baran, 2016:110-112).

Yaşlılık döneminde bireylerin fiziksel, biyolojik ve ruhsal değişim içerisine girmelerinden dolayı birçok alandan dışlandıkları görülmektedir. Yaşlı bireylerin ekonomik anlamda gelir kaybına uğramaları, iş alanında yaşlı bireylerin istihdam edilmemesi ya da istihdam edilse dahi diğer çalışanlara görece çok daha düşük gelirle çalıştırılmaları sosyal dışlanmanın bir örneğidir. Diğer yandan yaşlıların kent imkânlarından yararlanamaması sosyal dışlanmayı da meydana getirecektir. Kültür merkezlerinin, toplu taşıma birimlerinin, alışveriş merkezlerinin, sosyal tesislerin ve sağlık birimlerinin kent merkezine ve yaşlı bireylerin olduğu yerden uzak mesafede olması, yaşlıların kentin sunduğu imkânlardan yararlanamamalarına yol açmakta bu da yaşlı bireyin sosyal dışlanma yaşamasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Aile, akrabalık, arkadaşlık, komşuluk ilişkileri yaşlılık döneminde daha çok anlam kazanmaktadır. Yaşlılık döneminde en çok gereksinim duyulan şey; insanlarla iç içe olmak ve daha çok iletişim halinde bulunmaktadır. Telefonla ya da yüz yüze sohbet edilecek bireylerin olması yaşlı bireyin kendisini daha iyi hissetmesine yol açacaktır; ancak yalnız yaşayan, ailesi, akrabası ya da iletişim kurabileceği kimsesi olmayan yaşlılar da yalnız kalmakta ve içine kapanmaktadır.

Sosyal dışlanmanın ortaya çıkış nedenleri gelir ve mal varlığı yetersizliği, eğitimsizlik, yaş ve cinsiyet ayrımcılığı, fiziksel ve mental kapasitede görülen azalmalardır (Görgün Baran, 2016:122). Yaşlı bireyin, iletişim, ulaşım, kent haklarından yoksun bırakılıp, sosyal mekanizmalar dışında bırakılması yaşlılık sorunlarını arttırarak; motivasyon kaybı, yalnızlık ve depresyon gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların oluşmaması ve bireyin yaşlılık dönemini başarılı ve verimli geçirmesini sağlamak için yaşlıların sosyal hayata katılımını sağlamalı, sosyal ve gönüllü etkinliklere yönlendirilmelidir. Aktif ve başarılı yaşlanma, yaşlılık döneminin daha kaliteli ve sağlıklı geçmesini sağlamaktadır.

Aktif yaşlanma kavramı ilk kez Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1990'lı yılların sonlarında geliştirilmiştir. Bu kavram 2002 yılında Madrid'de düzenlenen Dünya Nüfus Zirvesi'nde yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal politikaların amacı olarak kabul edilmiştir. 6 Eylül 2010 yılında Avrupa Parlamentosu ve AB Konseyi kararı ile 2012 yılının Avrupa Aktif Yaşlanma Yılı olması belirlenmiştir. Bu bağlamda aktif yaşlanma konusunda farkındalık oluşturulmuş, bununla ilgili çeşitli politikalar tartışılmıştır (Danış ve Efe, 2016:265).

Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamasına göre;

*“Aktif yaşlanma, bireylerin içinde yaşadıkları toplumda onlara sunulan sağlık ve güvenlik olanaklarının geliştirilmesi yoluyla yaşam kalitelerinin artırılması sürecidir. Aktif yaşlanma hem birey hem de gruplar için geçerli bir süreçtir. Bireylerin fiziksel, sosyal, zihinsel kapasitelerini en üst düzeye çıkararak onların gereksinim ve isteklerini karşılayıp, kapasitelerini geliştirebilmeleri için yeterli koruma, güvenlik ve bakım hizmetlerine ulaşabilmeleri aktif yaşlanmanın kapsamı içerisindedir”* (WHO, 2012).

Aktif yaşlanma tüm bireylere kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesini amaçlamaktadır. Yaşlılık döneminde kendi kendine yeterlilik, başkasına bağımlı olmadan günlük işleri yapabilme, sosyal çevrede iletişim kurabilme ve yaşamda aktif hâlde var olabilme oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yaşlının yaşamdan kopmadan kültürel aktivitelere katılması, yaşlı ayrımcılığının ortadan kaldırarak yaşlıların da istihdam edilmesi oldukça önemlidir. Özellikle kendi istekleri dışında, çeşitli nedenlerden

dolayı çalışma hayatı dışında kalan bazı yaşlılar, daha sora çalışma hayatına dönmek istediklerinde görel olarak mesleki formasyon eksikliklerinden dolayı bu talepleri geri çevrilmektedir. Bu tip yaşlılara çağın gereksinimleri doğrultusunda yeni beceriler kazandırılacak şekilde eğitimler verilmelidir (Taşcı, 2010:184). Böylelikle yaşlı birey kaybettiği rol ve statüyü görece tekrar kazanarak aktif bir yaşlanma süreci yaşayarak yaşam kalitesini yükseltmiş olacaktır.

Yaşlılara yönelik geliştirilebilecek bir diğer sosyal politika, sosyal hizmetlerdir. Yaşlı kulüpleri, yaşlı danışma hizmetleri ve sosyal etkinliklerin düzenlenmesi, yaşlıların yaşlılık sürecini daha rahat, toplumdan izole olmadan sosyal anlamda aktif olmalarını sağlamaktadır. Yaşlıların yaş ilerledikçe ailelerinden, sosyal ve mekânsal olarak uzak kaldıkları ve görece daha az aktif yaşam sürdürdükleri görülmektedir. Sosyal açıdan daha az hareketli olunan bir yaşam mental ve fiziksel açıdan tıbbi sorunlara yol açabilmektedir (Erol, 2015:68). Bundan dolayı yaşlıların bu süreci daha aktif geçirmeleri bağlamında çeşitli sosyal faaliyetler gerçekleştirmek önemlidir.

Yaşlılarla ilgili gerçekleşmesi ön görülen ve gerçekleşen bu politikalarla birlikte, yaşlıların yaşam kalitesinin de artacağı düşünülmektedir. Yaşlılık sürecinde, yaşanılan kentin ve toplumun tüm imkanlarına erişebilme ve bunları toplumdan soyutlanmadan aktif bir şekilde kullanabilme yaşlılarda yaşam kalitesini artıran unsurlardır.

Dünya Sağlık Örgütü aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlayabilmek aynı zamanda yaşlılarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik sekiz maddeyi içeren bir program oluşturmuştur. Bunlar; 1)Dış mekanlar ve binalar, 2)Ulaşım, 3) Konut, 4)Sosyal Katılım, 5)Toplumsal yaşama dahil olma ve toplumun yaşlıya saygısı, 6) Vatandaşlık görevini yerine getirme ve işgücüne katılım, 7)Bilgi edinme ve iletişim, 8)Toplum desteği ve sağlık hizmetleridir (Taneli, 2015:29).

Dünya Sağlık Örgütünün oluşturduğu bu sekiz maddelik program ülkelerin özelliklerine göre hükümet ve yerel yönetimlerle birlikte geliştirilebilecek ve yürütülebilecek bir program olmalıdır. Böylelikle yaşlı bireyler için daha kolay bir yaşam tarzı ( kentin imkânlarına, kamusal alanlara erişebilme ve sağlık hizmetlerine

ulaşım açısından) gerekleŖeceęi gibi yaşlıların yaşam kalitesi artarak; daha aktif ve verimli bir yaşlanma sureci geçireceklerdir.

Dünyada sayıları hızla artan yaşlı bireylerin, yaşlılık dönemini daha verimli, başarılı ve kaliteli geçirmeleri son derece önemlidir. Bundan dolayı çeşitli sosyal ve yerel politikalar geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmakta, bu çalışmaların bir kısmını da yaşlıların rahat, aktif ve görece sosyal geçirmelerini hedefleyen kurumsal bakım hizmetleri oluşturmaktadır.

Günümüzde birçok yaşlı birey kendi tercihleriyle de kurumsal bakım hizmetinden yararlanmak istemekte; ancak bir kısım yaşlı birey de kendi tercihleri dışında kurumsal bakım hizmeti görmektedir. Özellikle ileri derece Alzheimer hastalarının yakınları, bu tür rahatsızlıklarda evde bakımın risk oluşturabileceğini düşündükleri için yaşlı yakınlarının kurumsal bakım görerek daha güvenli, kontrollü ve görece daha kaliteli bir yaşam sürmelerini istemektedir.

Ülkemizde de geniş ailenin yerini çekirdek aileye bırakması, aile bireylerinin çalışıyor olması gibi sebeplerle birlikte, bakıma gereksinimi olan ya da eşleri ölen yaşlı bireylerin daha çok huzurevlerine yerleşmeyi istedikleri görülmektedir. Bu sebepler dışında da kurumsal bakım görmeyi tercih eden yaşlı bireyler vardır. Bu bağlamda kurumsal bakım gören yaşlıların niçin kurumsal bakımı tercih ettiklerini ya da etmek zorunda kaldıklarını incelemek ve kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitesinin değişip değişmediğini, değişen noktaların neler olduğunu sorgulamak, yaşlıların yaşam kalitesini artırıcı politikaların belirlenmesinde önem taşımaktadır.

Bu düşünceden yola çıkararak, kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitesi zerine Muğla ili, Menteşe İlçesindeki huzurevinde yaşlıların yaşam kalitesi üzerine bir çalışma yapılmıştır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### ÇALIŞMANIN YÖNTEMSEL MODELİ

#### 2.1. Amaç, Kapsam ve Sınırlılıklar

Araştırmanın temel problemi ve varsayımları, çalışmanın teorik alt yapısını oluşturan yaşlılığın politik ekonomisi teorisine bağlı olarak oluşturulmuştur. Yaşlılığın politik ekonomisine göre yaşlanma süreci tek başına bir problem yaratmaz ancak bu süreci ve yaşlılığı problem hâline getirecek çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yaşlıların aktif ekonomik faaliyet alanından uzaklaşarak ekonomik anlamda marjinal duruma düşmelerine bağlı olarak, gelir düzeylerinin düşmesi ya da herhangi bir sosyal güvence ve gelire sahip olmamaları, sağlık problemi yaşayan yaşlıların yetersiz sağlık bakımı görmeleri ya da sağlık bakımı görememeleri, barınacak yerlerinin olmaması gibi çeşitli faktörler yaşlılığı sosyal bir problem hâline getirmektedir. Bu bağlamda araştırmanın varsayımları da yaşlılığın politik ekonomisi teorisine bağlı olarak ortaya konulmuştur.

Yaşlıların yaşam kalitesinin araştırılması ve ölçülmesiyle ilgili olarak daha çok nicel araştırmalar ve yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Ancak yaşam kalitesinin ölçülmesi ve araştırılması son derece zor ve karmaşık olduğundan bu konudaki ölçek ve nicel araştırmalar yaşam kalitesinin ölçülmesi açısından metodolojik problemler içerebilmektedir. Bundan dolayı bu araştırmada yaşam kalitesini ölçmeye yönelik nicel araştırma ve ölçek kullanılmamış; görüşmecilerin günlük yaşam deneyimlerinin gözlemlenmesi sonucunda yaşam kalitesine ilişkin olarak sorulan sorulara verilen yanıtlara dayalı olarak yaşam kaliteleri hakkında veriler elde edilmiş ve yorumlar bu verilere dayalı olarak oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılanlar farklı yerlerden gelen, farklı yaş gruplarına ve farklı statülere sahip yaşlıların bir arada yaşamasını sağlayan Muğla ili, Menteşe İlçesindeki huzurevinde gerçekleşmiştir. 60 yaş üstü bireylerin, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması, korunma ve bakım gibi gereksinimlerinin giderilmesi bağlamında en çok tercih ettikleri kurum huzurevleridir. Huzurevleri yaşlılara sadece bakım ve koruma hizmeti vermemekte bununla birlikte yaşlıların günlük aktivitelerini yapabilecekleri, spor ve sanatsal faaliyetlerde bulunabilecekleri ortamı

sağlamaktadır. Bundan dolayı pek çok 60 yaş üstü birey, yaşlılık dönemini, daha rahat, sosyal ve güvenilir bulduğu için huzurevinde geçirmektedir. Bu bağlamda Muğla'da yaşayan pek çok yaşlı, yaşlılık dönemlerini kurumsal bakım görerek, huzurevinde geçirmek istemiştir.

Kurumsal bakım gören yaşlıların hayattan memnuniyet düzeyleri ve bu bağlamda yaşam kalitelerinin araştırıldığı bu çalışmada nitel araştırma yöntemi ve teknikleri kullanılmıştır. Nitel araştırmalar; araştırma alanına ve araştırılanlara yakın bir duruş içinde olma, araştırmaya katılanların bakış açısının yansıtıldığı bir veri oluşturma süreci içerisinde verileri bir araya getirme, araştırılanların anlam dünyaları ile ilgili doğal ortamı ve anlatıları kullanma gibi temel öğelere dayanmaktadır (Kümbetoğlu, 2012:166). Bu araştırmada nitel bir yöntem kullanılmasının en büyük sebeplerinden biri; araştırmanın konusunun ayrıntılı ve derinlemesine incelenmesinin gerekliliği olmuştur. Bununla birlikte; araştırmada yer alan katılımcıların doğal çevrelerinde gözlemlenmesi gerekliliği düşünülmüş ve araştırma sürecinde katılımcılarla karşılıklı bir etkileşim içerisinde aktif olarak araştırmanın içerisinde yer almak istenilmesinden dolayı nitel araştırma yöntemi tercih edilmiş, katılımcılarla yüz yüze derinlemesine görüşme yapılarak veriler elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin Muğla ilindeki huzurevini tercih etmelerinin öncelikli sebebi kendilerinin Muğla'da ve çevresinde yaşıyor olmalarıdır. Bununla birlikte farklı kentlerden gelen yaşlılar da vardır. Bunun nedeni yaşadıkları kentlerdeki huzurevlerinin dolu olmasıdır. Bundan dolayı yaşlı bireyler kendi yerleşim yerlerine en yakın huzurevlerinde yaşamayı tercih etmişlerdir. Araştırma yapılırken, yaşlı bireylere özellikle niçin kurumsal bakım görmeyi tercih ettikleri ve bu tercihlerinde sosyal güvencelerinin etkili olup olmadığı ya da çocuk sahibi olan bireylerin çocuklarıyla iletişimlerinin etkili olup olmadığı irdelenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada araştırma soruları görüşmecilere yöneltilirken, yaşlı bireylerin kurumsal bakım görme sebepleri ve bu bağlamda yaşam kalitelerini anlamaya yönelik temel sorular ve bu temel soruları açan alt sorular sorulmuştur.

Görüşmeler derinlemesine görüşmeler şeklinde gerçekleşmiş ve açık uçlu yapılandırılmamış sorular sohbet havasında sorulmuştur. Görüşmeler üç aşamada gerçekleşmiş, birinci aşamada görüşmecilerle ön görüşme ve tanışma ve araştırmanın

genel amacından söz edilmiştir. İkinci aşamada araştırmanın amacına yönelik sorular sorulmuş ve üçüncü aşamada birinci ve ikinci aşamalarda ortaya çıkan yeni durumlar da göz önüne alınarak daha ayrıntılı sorular sorulmak suretiyle, daha derinde yer alan düzeyler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

### *Çalışmanın Amacı;*

Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarındaki düşüş ile birlikte dünyada yaşlı nüfus hızla artmaya başlamış; yaşlılık olgusu giderek küresel bir boyut ve anlam kazanmaya başlamıştır. Dolayısıyla yaşlanma sürecinin ve yaşlılık döneminin anlaşılabilmesi için kronolojik durumla birlikte bireyin yaşadığı mekân (yer/ülke), refah durumu ve yaşam kalitesi de son derece önemlidir.

Bu çalışmanın amacı; dünyada sayıları hızla artan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşlılığa bakış açılarını araştırıp kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitelerini (sadece kurumsal kalite bağlamında değil genel olarak yaşam memnuniyeti bağlamında) ve yaşlılığa bakış açılarını analiz etmektir. Bu çalışma sonucunda; kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitesini nasıl anlamlandırdıkları ve yaşam kalitelerini hangi faktörlerin etkilediğini öğrenilerek yaşlıların yaşam kalitesini artırmaya yönelik literatüre katkı sağlanması hedeflenmektedir.

## **2.2. Çalışmanın Temel Soruları ve Varsayımları**

Çalışmanın temel soruları şunlardır:

- ❖ Yaşlı bireylerin kurumsal bakım görmeyi tercih etme nedenleri nelerdir?
- ❖ Bireyler kendi tercihleriyle mi şu anda kaldıkları huzurevine gelmişlerdir yoksa kontenjan doluluğundan dolayı farklı bir yerleşim yerinden gelmişlerdir?
- ❖ Kurumsal bakım gören yaşlının herhangi bir sosyal güvencesi var mıdır?
- ❖ Kurumsal bakım gören yaşlının çocuğu var mıdır? Varsa iletişimi ne sıklıkladır?
- ❖ Bireyler yaşlılığı nasıl anlamlandırmaktadır? Kurumda gördükleri hizmeti nasıl değerlendirmektedirler?

- ❖ Kurumsal bakım gören yaşlılar yaşam kalitelerini nasıl değerlendirmektedirler?

Bu sorulardan hareketle araştırmanın varsayımları şu şekilde belirlenmiştir.

#### *Varsayımlar*

- ❖ Yaşlı bireyin eğitim düzeyi yaşam kalitesini etkilemektedir.
- ❖ Herhangi bir sosyal güvencesi olan ve çocuklarıyla sık sık görüşebilen yaşlıların yaşam memnuniyeti yüksektir.
- ❖ Yaşam memnuniyeti ile yaşam kalitesi arasında doğru bir orantı vardır. Bireyin yaşam memnuniyeti ne kadar yüksekse ise yaşam kalitesi de yüksek olacaktır.
- ❖ Fiziksel ve ruhsal sağlığı yerinde olan yaşlıların yaşam kalitesi yüksektir.
- ❖ Kurumsal bakım gören yaşlı kadınların yaşam kalitesi, yaşlı erkeklerin yaşam kalitesine görece daha yüksektir.
- ❖ Kurumsal bakım gören genç yaşlılık dönemindeki bireyler yaş ayrımcılığına maruz kalmıştır.

#### *Veri Toplama Tekniği*

Bu çalışmanın konusu olan kurumsal bakım gören yaşlıların yaşam kalitesi hakkında detaylı ve derinlemesine bilgi almak, çalışma yapılırken aktif bir katılımcı olarak görüşmecilerle etkileşim hâlinde olmak ve bu sürecin birebir yaşanılmak istenilmesinden dolayı çalışmadaki veriler nitel araştırma yöntemi, derinlemesine görüşme tekniği kullanarak elde edilmiştir.

Derinlemesine görüşmede, yaşları 60 ile 90 yaş arasında farklılık gösteren 24 katılımcıyla görüşülmüştür. Görüşme esnasında, bireylerin kendilerini rahat hissetmeleri ve gereken güven ortamının oluşturulması açısından birkaç defa aynı bireylerle görüşülmüş ve böylelikle görüşmeciler rahat ve özgür bir ortamda görüşmecilerin kendilerini baskı altında hissetmeyecek bir ortamda düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Huzurevinin kuralları gereği herhangi bir ses kaydı yapılmamış ve fotoğraf çekimi olmamıştır. Katılımcıların rızası alınarak, görüşme esnasında notlar alınmıştır.

Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcıların içtenlikle anlattıkları hayat hikayelerinin birebir ve detaylı olarak öğrenilmesi ile elde edilen verilerin analiz edilmesi ile temalar oluşturulmuş, bu temalar sonucunda da yaşlıların yaşlılığa bakış açıları, yaşlıların yaşam kalitesi ve hayattan memnuniyet düzeyleri tartışılmıştır.

#### *Görüşmecilerin belirlenmesi*

Bu çalışma Muğla ilinin Menteşe ilçesindeki huzurevinde gerçekleştirilmiş. Huzurevinde toplamda 45 kadın ve 70 erkek olmak üzere toplamda 115 yaşlı birey kalmaktadır. Huzurevinde 60-69 yaş aralığında 20 kişi, 70-79 yaş aralığında 39 kişi, 80 ve üzeri yaş grubunda ise 56 kişi bulunmaktadır. 81 yaşlı birey bekar/dul olmakla birlikte 34 kişi evlidir. 84 yaşlı çocuk sahibi iken, 31 yaşlı bireyin çocuğu yoktur. Huzurevinde ücretli olarak kalan 67 yaşlı birey ve ücret ödemediği kalan 48 yaşlı birey bulunmaktadır. Bakım türlerine göre özel bakım ve normal bakım/yatılı olarak iki bölümden oluşan huzurevinde, 57 yaşlı özel bakım görmekte ve rehabilitasyon servisinde kalmakta; 58 yaşlı ise normal odalarda kalmaktadır. Araştırma rehabilitasyon servisinde kalmayan, normal odalarda kalan ve demans hastası olmayan, 60 yaş üzeri olan 4 kadın ve 20 erkekle görüşülmüştür. Görüşmeler ortak kullanım alanı olan salonlarda gerçekleşmiş, odalara çıkılmamıştır. Bundan dolayı salonlarda oturan ve sohbet etmeyi kabul eden katılımcılarla görüşülmüştür. Özellikle huzurevinde yaşayan kadınların bir kısmının rehabilitasyon servisinde bakım görmesinden bir çoğunun da salonda bulunmamasından dolayı, görüşme esnasında salonda bulunan yaşlı kadın bireylerle görüşülmüştür. Bununla birlikte verilerin zenginliği açısından farklı eğitim, meslek ve gelir düzeyine sahip bireylerle görüşülmüştür.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ALAN ARAŞTIRMASI, BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

#### 3. 1. Alan Araştırması Hakkında

Bu çalışma, Muğla ili Menteşe ilçesindeki bir huzurevinde gerçekleştirilmiştir. Yirmi dört katılımcı ile görüşülmüş; görüşmecilerin doğum yerlerinin, yaşlarının, cinsiyetlerinin eğitim durumlarının ve mesleklerinin farklı olmasına dikkat edilmiştir.

Katılımcılar arasında ilkokul mezunu ve ilkokulu çeşitli sebeplerden dolayı bitirememiş ancak okur yazar olanlar ağırlıktadır. Bununla birlikte katılımcılar arasında ortaokul, lise ve üniversite eğitimi alıp bu okullardan mezun olanlar da vardır. Katılımcıların mesleki hayatları incelendiğinde; birçoğunun günlük işlerde sigortasız olarak çalıştığı görülmüştür. Katılımcılar arasında müzisyen, çiftçi, çoban, işçi ve memurlar da yer almaktadır. Bu gibi bireysel farklılıklar çeşitli verilere ulaşılmasını sağlamıştır.

Farklı yerleşim yerlerinden gelen, farklı yaş gruplarına, farklı eğitim ve meslek gruplarına sahip yaşlı bireylerle (katılımcılarla) derinlemesine görüşme tekniği kullanarak yapılan bu çalışma 08.10.2016 tarihinde yapılmaya başlanmış, 15.12.2016 tarihine kadar sürmüştür. Görüşmeler genellikle cumartesi ya da pazar günlerinde; katılımcıların dinlenme saatlerinde, genellikle kahvaltıdan sonra, öğle ve akşam yemeklerinden önce, misafir salonlarında gerçekleştirilmiştir.

Yirmi dört katılımcıyla yapılan görüşme süresi ortalama kırk dakika kadar sürmüştür. Ancak katılımcıların temel sorulara ek olarak sordukları sorular ya da anlattıkları olaylar ile görüşme süreci uzayabilmiştir. Bazı katılımcılar hayatları ve özellikle çocukları hakkında konuşmaktan çekinmiş ve rahatsız olmuşlardır. Bu rahatsızlıklarını göz önüne alarak; gerekli güven ortamının oluşturulması adına ve etik kurallar çerçevesinde hiçbir katılımcıya baskı ya da ısrar uygulanmamıştır. Katılımcılar kendilerine yöneltilen ve cevaplamak istedikleri soruları içtenlikle yanıtlamışlardır.

Görüşmeler planlı bir şekilde, hafta sonuna denk gelebilecek şekilde üç aylık bir süreçte gerçekleştirilmiştir. İlk görüşme 8 Ekim 2016 tarihinde Cumartesi günü

gerçekleşmiştir. Bu görüşme, katılımcılarla tanışma ve sohbet etme şeklinde gerçekleşmiştir. İkinci görüşme 9 Ekim 2016 Pazar günü gerçekleşmiştir. Bu görüşmede katılımcılara yaklaşık otuz soru yöneltilerek, sağlık problemlerinin olup olmadığı, eğitim durumları, mesleki tecrübeleri, herhangi bir sosyal güvencelerinin olup olmadığı, varsa çocuklarıyla görüşme sıklığı gibi temel sorular sorulmuştur. Diğer görüşmeler 13 Kasım 2016, Pazar günü ve 15 Aralık 2016 Perşembe günü gerçekleşmiştir.

Kurumsal bakım gören yaşlı bireylerin bazılarının huzurevi dışında kalacakları konutları bulunmakta, istedikleri zaman bu bireyler kendi evlerine gidebilmektedirler. Ancak yapılan görüşmelerin hepsi huzurevinde gerçekleşmiştir. Görüşmelerin kurumda gerçekleşmesinin en büyük avantajı, hem güven ortamının sağlanmasına neden olmuş; hem de yaşları 60 ile 90 yaş arasında değişen bireylerin bir arada olmasından dolayı farklı yaş gruplarına daha kolay ulaşılmıştır. (Görüşmecilerle ilgili bilgiler *Tablo 1*'de belirtilmiştir).

Özellikle farklı kentlerden ve kültürden gelen katılımcıların yaşlılığa ve hayata bakış açıları farklılık göstermekte, yaşam kaliteleri de buna bağlı olarak farklılaşmaktadır. 1,2,4,6,8,9,13,22,23 numaralı katılımcılar farklı kentlerde doğmuş, yaşamış ancak yaşlılık dönemlerinde Muğla'daki huzurevine yerleşmişlerdir. Geriye kalan 3,5,10,11,12,14,15,16,17,18,19,20,21 ve 24 numaralı katılımcılar ise Muğla'da ya da Muğla'nın bir ilçesinde doğmuş, ancak sonrasında kurumsal bakım görmeyi tercih etmiş yaşlı bireylerdir.

Tablo 3.1: Katılımcıların yaş, cinsiyet, sosyal güvence, çocuk sayıları, meslek grupları ve eğitim düzeyleri

|    | Yaş | Cinsiyet | Sosyal Güvence | Çocuk Sayısı | Meslek              | Eğitim           |
|----|-----|----------|----------------|--------------|---------------------|------------------|
| 1  | 80  | Kadın    | Yok            | 1            | Müzisyen            | Okur-yazar       |
| 2  | 70  | Erkek    | Yok            | 1            | Müzisyen/Palyaço    | Okur-yazar       |
| 3  | 85  | Erkek    | Emekli         | 2            | Memur               | Lise             |
| 4  | 75  | Kadın    | Yok            | 1            | Profesyonel         | Üniversite       |
| 5  | 75  | Erkek    | Emekli         | 3            | İşçi emeklisi       | Lise             |
| 6  | 86  | Erkek    | Emekli         | 4            | Elektrik teknisyeni | Ortaokul         |
| 7  | 78  | Erkek    | Emekli         | 2            | Esnaf               | İlkokul          |
| 8  | 78  | Erkek    | Emekli         | 1            | Profesyonel         | Lise             |
| 9  | 71  | Erkek    | Yok            | 2            | Şoför               | İlkokul          |
| 10 | 81  | Erkek    | Yok            | 2            | Marangoz            | Okur-yazar       |
| 11 | 69  | Kadın    | Emekli         | 1            | Profesyonel         | Lise             |
| 12 | 69  | Erkek    | Yok            | Yok          | Çoban               | İlkokul          |
| 13 | 69  | Erkek    | Yok            | 4            | Çoban               | Okur-yazar değil |
| 14 | 64  | Erkek    | Emekli         | Yok          | Marangoz            | Okur-yazar       |
| 15 | 83  | Erkek    | Yok            | --- (ölü)    | Çiftçi              | İlkokul          |
| 16 | 90  | Kadın    | Yok            | 2            | Ev kadını           | İlkokul          |
| 17 | 76  | Erkek    | Yok            | 3            | İşçi                | Okur-yazar       |
| 18 | 76  | Erkek    | Emekli         | Yok          | İşçi                | İlkokul          |
| 19 | 86  | Erkek    | Yok            | 4            | İşçi                | İlkokul          |
| 20 | 60  | Erkek    | Yok            | 4            | Esnaf               | Ortaokul         |
| 21 | 77  | Erkek    | Emekli         | Yok          | Esnaf               | İlkokul          |
| 22 | 83  | Erkek    | Yok            | 2            | Fırıncı             | Okuryazar        |
| 23 | 80  | Erkek    | Yok            | Yok          | Çiftçi              | Okuryazar        |
| 24 | 71  | Erkek    | Emekli         | 4            | Katip(memur)        | Lise             |

Görüşme; 4 kadın ve 20 erkek olmak üzere 24 katılımcı ile gerçekleşmiştir. Katılımcıların yaş dağılımı ise şöyledir: 60-70 arası 6 katılımcı, 71-80 yaş arası 11 katılımcı ve 81-90 yaş arası 7 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde ise; 1 kişinin okuryazar olmadığı, 7 kişinin okuryazar olduğu, 8 kişinin ilkokul mezunu olduğu, 2 kişinin ortaokul mezunu, 5 kişinin lise mezunu ve 1 kişinin yüksek öğrenim mezunu olduğu ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde; geçici işlerde çalışan ya da herhangi bir mesleğe sahip olmayan yaşlı birey sayısı 12'dir. Katılımcılardan 3 kişi profesyonel, 2 kişi memur, 2 kişi usta, 2 kişi müzisyen, 3 kişi esnaftır. Bununla birlikte sosyal güvencesi olan katılımcı sayısı 10 iken sosyal güvencesi olmayanların sayısı ise 14'tür. Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayılarına göre dağılımları şöyledir: 6



katılımcının çocuğu yoktur. 1 çocuğa sahip olan katılımcı sayısı 5'tir. 2 çocuğa sahip olan katılımcı sayısı 6, 3 çocuğa sahip olan katılımcı sayısı 2'dir. 4 çocuğa sahip olan katılımcı sayısı ise 5'tir.

Katılımcılar arasından yalnızca 6 tanesi lise ve üzeri eğitim almıştır, 10 katılımcı ise ortaokul ve ilkokuldan mezun olmuştur. 7 katılımcı ilkokulu çeşitli nedenlerden dolayı bitirememiş ancak okuryazar durumundadır. Katılımcılar arasından yalnızca biri okuryazar değildir. Görece eğitim düzeyi yüksek ve lise mezunu olan katılımcıların genellikle memur ve işçi olarak çalıştığı görülmektedir. Bu katılımcıların işçi emeklisi ya da memur emeklisi olmalarından dolayı sosyal bir güvenceleri vardır. Katılımcılardan ilkokul mezunu olanlardan üçünün sosyal güvencesi vardır. Diğer ilkokul mezunu ve okuryazar olan 12 kişi geçici işlerde çalışmış olmakla birlikte; sosyal güvenceleri yoktur. Katılımcıların genel olarak eğitim durumlarının düşük olması; meslek hayatlarını ve dolayısıyla ekonomik durumlarını etkilemiştir.

### **3.2. Temalar**

Bu çalışmada görüşme notlarının çözümlemesinden elde edilen bulgulardan hareketle temalar oluşturulmuştur. Bulguların analizi oluşturulmuş olan temalar bağlamında gerçekleştirilmiştir.

Niteliksel analizde katılımcıların söylemleri düzenlenmiş, benzer söylemler gruplanmış ve yorumlanmıştır. Çalışmanın analiz sürecinde örüntüler, davranışlar, ilişkilerin benzerlikleri ortaya konmuş ve bunun sonucunda tematik incelemeler yapılmıştır. Temaların oluşturulmasında katılımcıların söylemlerindeki benzerlik, sıklıkla vurguladıkları ve üzerinde durdukları konu başlıklarından yararlanılmıştır.

Yapılan görüşmelerde, katılımcıların yaşam memnuniyetlerini ve yaşama bakış açılarını; eğitim düzeyleri, sahip oldukları meslekler bununla ilişkili olarak sosyal güvenceleri ve çocuklarla görüşme sıklığı etkilediği, tüm bu faktörlerin ise katılımcıların yaşam kalitesiyle doğrudan bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır. Görüşme esnasında sıklıkla vurgulanan ve söylemler arasındaki benzerliklerden yola çıkılarak iki ana tema oluşturulmuştur. Birinci tema; hayattan memnun olma; ikinci tema ise hayattan memnun olmamadır.

Hayattan memnun olma temasının alt kategorilerini; sağlık sorununun olmaması, hayattan şikayet etmemek, hayata olumlu bakmak ve hayattan memnun olmak oluşturmaktadır. Görüşmelerde bazı katılımcıların; sağlık problemleri yaşamlarına rağmen hayattan memnun oldukları görülmüş; bazı katılımcıların ise; herhangi bir sağlık problemi yaşamamasına rağmen, hayattan şikayet ettikleri ve hayata bakış açılarının ne olumlu ne de olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Bundan dolayı; hayattan memnun olma teması iki farklı başlıkta ele alınmıştır. İlk olarak; herhangi bir sağlık problemi olmaması, hayata olumlu bakmasına rağmen hayattan şikayet edenler ancak genel olarak hayattan memnun olanlar. İkinci olarak; sağlık sorunu olmasına karşın hayattan memnun olanlar ve hayattan şikayet etmeyenlerdir.

Hayattan memnun olmama temasının alt kategorilerini ise; sağlık sorununun olması, hayata olumlu bakmamak, hayattan şikayet etmek oluşturmaktadır. Görüşmelerde bazı katılımcıların sağlık sorununun olmamasına rağmen; hayattan memnun olmadıkları, hayattan şikayet ettikleri ve hayata olumlu bakmadıkları görülmüştür. Bazı katılımcıların ise; sağlık sorunu olmasına rağmen hayattan şikayet etmedikleri ancak yaşadıkları hayattan memnun olmadıkları ve hayata olumlu bakmadıkları da ortaya çıkmıştır.

Farklı alt temaların ortaya çıkmasında katılımcıların sağlık sorunu yaşamaması ve herhangi bir sağlık probleminin olmaması önemlidir. Bununla birlikte bazı katılımcıların sağlık problemi yaşamamasına rağmen hayata bakış açılarının olumlu olduğu görülmüştür. Bu temanın ortaya çıkmasında, katılımcıların ekonomik gelire sahip olması, kendilerini meşgul edecek ve sosyalleşmelerini sağlayacak hobilerle ilgilenmeleri önemli faktörlerdendir. Bununla birlikte bazı katılımcılar ise herhangi bir sağlık sorunu yaşamamasına rağmen hayattan şikayet etmektedirler. Bu alt temanın ortaya çıkmasında ise, katılımcıların sosyal güvencelerinin olmaması, görece daha yalnız olmaları (çocuk sahibi olmamaları; çocuk sahibi olanların görüşme sıklığının az olması) etkili faktörlerdir.

Belirlenen ana temalar ve bu temaların alt kategorileri, kurumsal bakım gören katılımcıların görüşme esnasında benzer söylemlerinden ve vurguladıkları konulardan yola çıkarak ortaya konulmuştur.

### 3. 2. 1. Hayattan Memnun Olanlar

#### 1 numaralı Kadın Katılımcı

1 numaralı kadın katılımcı, 80 yaşında İzmir doğumludur. 1975 senesinde Muğla'ya gelmiş, Muğla'nın Saburhane mahallesinde yaşamaya başlamıştır. İlkokul 2. Sınıfı bitirdikten sonra maddi yetersizlikten dolayı okuyamamıştır. Gençliğinde müzisyenlik yaparak geçimini sağlamıştır. Bir oğlu vardır; eşinden boşanmıştır. Herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Kadın katılımcı sekiz seneden beri huzurevinde yaşamaktadır. Geliniyle anlaşamadığı için huzurevinde yaşamayı tercih etmiştir; oğluyla çok sık olmasa da bayramdan bayrama yüz yüze görüşmekte; ancak daha çok telefonla iletişime geçmektedir.

1 numaralı kadın katılımcı astım bronşit hastasıdır ve dizlerinde kireçlenme olduğu için yürürken güçlük çekmektedir. Hareket alanı kısıtlandığı için sıkıntı yaşamaktadır. 80 yaşındaki kadın katılımcı genellikle zamanını namaz kılarak televizyon izleyerek ve huzurevinde kalan diğer yaşlılarla sohbet ederek geçirmektedir. 1 numaralı kadın katılımcıya huzurevinde kalma memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna 1 numaralı katılımcı:

*“ Benim 1 oğlum var, gelinle anlaşamadığım için huzurevine yerleştim. Oğlan bayramlarda geliyor ama telefonla görüşüyoruz tabii. 8 seneden beri burada yaşarım. Bakımından, yemeklerinden ve hizmetlerinden çok memnunum. Burada 4 kişilik odada kalıyorum. Ücretsiz. Rahatım iyi burada. (gülüyor). Ama bazen kavga da ederim, anlaşamadığım olduğu zaman...”*

**“Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor ?”** sorusuna 1 numaralı katılımcı şu cevabı vermiştir: *“ Valla ne bileyim yaşlandığında insan daha mantıklı, daha makul oluyor, ama asabılık de oluyor tabii...”* yanıtını vermiştir. 1 numaralı kadın katılımcı, sağlık problemi yaşamasına rağmen hayata karşı pozitif bakmaktadır, huzurevinde tanınan imkanlardan hoşnut ve hayatından memnundur. Bununla birlikte 1 numaralı katılımcı yaşlılığa olumsuz bir anlam yüklememekte tersine yaşlılığın bireye daha olumlu özellikler verdiğini düşünmektedir.

1 numaralı kadın katılımcının yaşadığı sağlık problemi dışında hayata karşı bakış açısının olumlu olduğu ve hayattan şikayetçi olmadığı gözlemlenmiştir. Yaşanılan sağlık problemi ile birlikte katılımcının hayattan kısmen memnun olduğu ortaya çıkmıştır.

## **2 numaralı Erkek Katılımcı**

70 yaşında ve İzmirli olan 2 numaralı erkek katılımcı ilkokulu bitirmemiş; ancak okuryazar durumdadır. Kendisini huzurevinin en komik adamı olarak nitelendirmektedir. Sirklerde ve lunaparklarda çalışmış, palyaçoluk yapmıştır. Gençliğinde yurtdışında da (İtalya) sirklerde çalışmıştır; ancak kaçak olarak çalıştığı için herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. 2 numaralı katılımcının 1 çocuğu (kız) ve 3 torunu vardır. 7 seneden beri huzurevinde yaşayan katılımcı kızıyla telefonda görüşmektedir. 2 numaralı katılımcı şarkı söylemeyi, darbuka, bateri çalmayı çok sevmekte ve çeşitli eğlence programlarında sahne almaktadır. Tablet ve akıllı telefon kullanmakta, sevdiği şarkıları bu cihazlarda depolamaktadır. Huzurevine gelen misafirlere şarkı söylemekte ve darbuka çalmaktadır. 2 numaralı erkek katılımcının herhangi bir sağlık problemi yoktur. Bununla birlikte hayattan ve huzurevinde yaşamaktan oldukça memnundur. 2 numaralı katılımcının huzurevinde kalma memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”**

*“ Ben 7 seneden beri huzurevinde yaşıyorum, İzmirliyim; 1 kızım 3 torunum var, telefonla görüşüyoruz. İzmir'deki huzurevinde kontenjan olmadığı için buraya geldim. Yalnız olduğum için huzurevinde yaşamayı seçtim.7 seneden beri burada yaşıyorum. Burada yaşamaktan memnun olmasam niye burada kalayım ki..”* cevabını vererek huzurevinde kalmaktan mutlu olduğunu, huzurevindeki bakımdan memnun olduğunu; *“Burada yaşamasaydım çoktan ölürdüm, kapıdan kovsalar bacadan girerim”* diyerek belirtmiştir.

**“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna 2 numaralı katılımcı : *“ Ben kendimi yaşlı olarak hissetmiyorum ki (gülüyor) Hayattan keyif alırsan neşeli olursan ne gençliğinde ne yaşlılığında sıkıntı çekersin ”* yanıtını vermiştir

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna 2 numaralı katılımcı: *“Benim annem babam ayırdı, sokaklarda büyüdüm ben. 9 yaşında muavinlik yapmaya başladım, 1967 senesinde asker oldum,69 ‘da yurt dışına çıktım. 10 sene kaldım ben yurt dışında... 4,5 sene İtalya’da cezaevinde kaldım. Sonrasında Türkiye’ye döndüm. 1983 senesinde, 35 yaşında evlendim, 1 sene sonra kızım oldu. 5 sene evli kaldım, sonrasında ayrıldım. 9 Ocak 2008’de huzurevine yerleştim. 2010’da tiyatro oyunu çıkardım. Müzik tutkum ise huzurevine geldikten sonra başladı. Showlarım Çilekeş Dede Show ismini koydum. Neden biliyor musun? (Gülüyor) Çocukluğumda çok çile çektiğim için Çilekeş, eee yaşlandım artık ondan dede, Show yapıyorum bir de, ondan birleştiren bunları al sana Çilekeş Dede Show (Gülüyor). Beni hayatta en çok mutlu eden şey, sirklerde çalıştığım zamanlardı, en çok o zamanlar mutlu oldum. Bir de gençliğimde yüzmeyi severdim. Konak’tan İnciraltı’na kaçak vapura binip yüzmeye giderdim... Hayatıma en çok pişmanlık duyduğum zaman ise, cezaevine girdiğim zaman. Keşke girmeseydim...”* yanıtını vermiştir.

Görüşme sırasında 2 numaralı katılımcının oldukça neşeli ve pozitif olduğu, hayata tutkusunun ise müzik olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık problemi yaşamadığı ve hayattan bir şikayetinin olmaması ile birlikte hayata oldukça olumlu bakmaktadır. Ve bu katılımcı hayattan tamamen memnundur.

### **3 numaralı Erkek Katılımcı**

3 numaralı 85 yaşındaki erkek katılımcı huzurevinde 1,5 seneden beri yaşamaktadır. Eşi vefat etmiştir ve 2 çocuğu vardır. Katılımcı gençliğinde orman müdürlüğünde memurluk yapmıştır. Memur emeklisidir, sosyal güvencesi vardır. 3 numaralı katılımcının 4 torunu vardır. Torunları ve çocuklarıyla görüşmektedir. Bu katılımcı oldukça ciddi sağlık problemi yaşamaktadır. Oksijen tüpü yardımıyla nefes almakta ve yürüteç kullanmaktadır. 3 numaralı katılımcının huzurevinde yaşama memnuniyeti şöyledir

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna *“ 1,5 seneden beri burada yaşıyorum. 2 çocuğum var benim (zor nefes alıyor) ikisi de üniversitede hoca. Onlara yük olmamak için huzurevine*

yerleştim. (duruyor ve düşünüyor) buradaki bakımdan memnunum...” yanıtını vermiştir.

“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna 3 numaralı katılımcı yanıt vermemiştir

“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?” sorusuna ise: “ Beni en çok mutlu eden şey, çocuklarımla beraber olup gönlümüzce oturabilmek ve gezebilmek... Bir de ben 19 yaşında evlendim, eşim çocukluk arkadaşımıdır. 53 sene evli kaldık hayatımda beni çok mutlu etti...” yanıtı vermiş, kendisini üzen herhangi bir olay ya da durumdan bahsetmemiştir.

Oldukça sağlık problemi yaşadığı gözlemlenen 3 numaralı katılımcıyı yormamak için çok fazla sohbet gerçekleştirilmemiştir. Ancak yapılan görüşme ve gözlem neticesinde katılımcının hayattan memnuniyet düzeyi çok yüksek olmamakla ( hayattan kısmen memnundur) birlikte hayata karşı bakış açısı da nötrdür.

#### 4 Numaralı Kadın Katılımcı

*“Kaderi insan zorlayamaz...”*

*“Ben babamın sayesinde büyüdüm...”*

4 numaralı kadın katılımcı 75 yaşında ve Bitlis’te dünyaya gelmiştir. Babası cerrah annesi Fransızca öğretmenidir. Babasının tayini nedeniyle farklı şehirlerde bulunmuştur. İlkokulu Siirt’te okumuş, ortaokulu Gümüşhane’de, lise ve üniversiteyi İstanbul’da okumuştur. 4 numaralı kadın katılımcının üç kardeşi vardır. Üniversitede edebiyat bölümünü bitiren kadın katılımcı, çeşitli yerlerde çalışmış; ancak emekli olamamıştır. Sosyal güvencesi yoktur. Babasının cerrah/doktor olması nedeniyle eğitime çok önem verdiğini söyleyen katılımcı, babasının desteği/sayesinde okuduğunu anlatmıştır.

1972 senesinde babasını kaybeden kadın katılımcı, babasına çok düşkün olmasından dolayı epey zor günler geçirmiş annesinin ısrarı üzerine 1975 senesinde bir ayakkabı tasarımcısıyla evlilik yapmış, evlendikten bir sene sonra kızı dünyaya gelmiştir. 4 numaralı katılımcının evliliği beş sene sürmüştür.

4 numaralı katılımcı eşinden çok alkol tüketmesi nedeniyle boşanmıştır. Kızıyla genellikle telefonla görüşmekte; bayramlarda yüz yüze görüşmektedirler.

Yaklaşık 10 aydan beri huzurevinde kalan katılımcı, huzurevini rahat bulduğu için, bulaşık-çamaşır yıkamadığı, yemek pişirmediği için huzurevinde yaşamayı tercih ettiğini anlatmıştır. Ancak görüşme esnasında *”babam hayatta olsaydı bu durumda olmazdım”* ifadesini kullanarak huzurevine gelmesinin son çare olduğu hissi yaratmıştır.

4 numaralı katılımcının şarkı söylemeyi çok sevdiği özellikle de Türk Sanat Müziği’ni sevdiği gözlenmiştir. Oldukça aktif olduğu gözlemlenen katılımcı, çeşitli duvar ve buzdolabı süsleri yapmıştır. Her sabah egzersiz yapmakta gün içerisinde de yürüyüş yapmaktadır. 4 numaralı katılımcının bir sağlık problemi olmamakla birlikte ilaç kullanmayı da sevmemektedir. 4 numaralı katılımcının huzurevinde kalma memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna 4 numaralı katılımcı :

*“10 ay kadar oldu ben buraya geleli. Rahatım çok iyi burada, bulaşık derdi yok çamaşır yıkama derdi yok. Serbest hayat olarak geldim ben buraya.(Utaniyor). Burayı çok seviyorum, iyi bakıyorlar iyi davranıyorlar bize, burası bizim yurdumuz oldu artık”* yanıtını vermiştir.

**“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna *“boş durmam ben, tasarım yapıyorum, şarkı okuyorum, her sabah egzersiz yaparım. Fitim değil mi, kiloyu sevmiyorum ben...”* yanıtını vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve en çok üzen olay nedir?”** sorusuna kadın katılımcı:

*“ Beş sene evli kaldım, eşim her gün alkol alırdı... Keşke içkici olmasaydı...Ben dine düşkün birisiyim.. Boşandık. Ben aileme kavuştuğum zaman kurtuldum. Beni en çok mutlu eden olay budur.*

*En çok üzüldüğüm olay ise babamı kaybetmemdir. Ben babama çok düşkündüm, onbeş günde bir tiyatroya giderdik, ben babamın sayesinde okudum... Kaderi insan zorlayamaz... (Gözleri doluyor). Bir de kızım okusaydı keşke.. Onun okumasını çok isterdim”* yanıtını vermiştir.

4 numaralı katılımcı genel olarak aktif bir yaşlılık geçirmektedir. Sağlık probleminin olmaması, müzikle ilgilenmesi, spor yapması ve hayata olumlu bakması yaşlılık sürecini daha aktif bir şekilde geçirmesine neden olmakta bu ise katılımcının hayattan zevk aldığını ve hayattan tamamen memnun olduğunu göstermektedir.

## **5 Numaralı Erkek Katılımcı**

*“Gece yapayalnız dört duvar arasında kaldım...”*

5 numaralı erkek katılımcı 75 yaşında ve Muğlalıdır. Lise mezunu olan katılımcı, işçi emeklisidir. 5 numaralı erkek katılımcı Erkek Sanat Lisesi’ni bitirdikten sonra 1967 senesinde askere gitmiştir. Askerlikten sonra 1969 yılında işe başlamış, topoğraf olmuştur. 1972 senesinde evlenmiş, evliliğinden üç kızı olmuştur. 30 sene evli kaldıktan sonra 2002 senesinde eşinden boşanmıştır, 3 çocuğu (kız) vardır. Çocuklarından 2’si ile görüşmemektedir. 1 çocuğuyla da telefonla görüşmektedir.

5 numaralı katılımcı gençliğinde sendikacılık yapmış, daha sonra da Muğla’da kırtasiye dükkanı açmıştır. Muğla’da çeşitli alanlarda etkin rol alan katılımcı sohbet etmeyi ve diyalog kurmayı sevmektedir. 5 numaralı katılımcı huzurevinde tavla, okey çeşitli oyunlar oynayarak gününü değerlendirmektedir.

Katılımcının Parkinson rahatsızlığı vardır. Bundan dolayı denge problemi ve unutkanlık yaşamaktadır. Katılımcı huzurevinde kalma memnuniyeti şöyle açıklamaktadır:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna 5 numaralı katılımcı:

*“ 8 seneden beri burada yaşıyorum. Eşimden ayrıldım, 3 kızım var ama 2 si ile görüşmüyorum. Yalnız kaldığım için burayı tercih ettim”* yanıtını vermiştir. 5 numaralı katılımcı huzurevindeki yaşam memnuniyeti ile ilgili bir olumlu ya da olumsuz bir ifadeye bulunmamıştır. Bununla birlikte yaşlılığa bakış açısıyla ilgili de bir yorumda bulunmamıştır.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna:

*“Hayatımda beni en çok üzen şey, o kadar malın, mülkün, arsanın yani varlığın içinde bir şeye tutunamadım... Bundan çok pişmanım.. Ben eşimi severim, eşim de*



*beni sever, ama gençliğimde asabiydim. Hata tek taraflı olmaz...30 sene evli kaldıktan sonra boşanınca yalnız kaldım... Gece yapayalnız dört duvar arasında kaldım... Bir gün yalnızlık tak dedi canıma, eş dost da huzurevinin iyi yönlerini anlattılar; bir gün çıktım geldim. İyi de oldu... Şu anda memnunum...”* yanıtını vermiştir.

5 numaralı katılımcının huzurevinde yaşamaktan memnundur (huzurevinde yaşayan diğer bireylerle şakalaşmakta, tavla ve okey oynamaktadır, huzurevindeki bakımdan memnundur); ancak 2 çocuğu ile görüşmemesi ve 1 çocuğuyla da yüz yüze görüşmemesi, maddi anlamda sıkıntı çekmesi ve Parkinson rahatsızlığı olması katılımcının hayata bakışını ne olumlu ne de olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bunlar ise hayattan memnuniyet düzeyini etkilemekte hayattan kısmen memnun olduğu ortaya çıkmaktadır.

## **6 Numaralı Katılımcı**

6 numaralı 86 yaşındaki erkek katılımcı Selanik göçmeni, Ankara doğumludur. 13 yaşında zatürre teşhisiyle İstanbul'a gitmiştir. (Diksiyonunun güzel olmasını İstanbul'da yaşamasına bağlamaktadır) 6 numaralı katılımcı liseyi ailevi meselelerden dolayı (babasının tayini) bırakmak durumunda kalmıştır, ortaokul mezunudur. Katılımcı, sosyal sigortalardan emeklidir. Elektrik teknisyenliği yapmış, 2 sene İngiltere'de çalışmıştır. Türkiye'de hava radarı ile uğraşmış, mesleğini bu alanda geliştirmiştir. 2004 senesinde eşini kaybeden katılımcının 4 çocuğu (3 kız 1 erkek) vardır. Çocuklarına yük olmamak için huzurevinde yaşamayı tercih eden katılımcı, 7 seneden beri huzurevinde yaşamakta; ilk dört ay Aydın Huzurevinde kalmış sonrasında ise Muğla huzurevine gelmiştir.

Her sabah 6'da uyanıp namaz kıldığını (dini itikadının güçlü olduğunu ifade etmektedir) ve sonrasında egzersiz yaptığını ifade eden katılımcı, gün içerisinde huzurevinde kalan diğer yaşlılarla birlikte sohbet edip, tavla oynamakta, haberleri takip etmekte ve gazete okumaktadır. 6 numaralı katılımcının huzurevinde yaşama memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnunuz?”** sorusuna

*“7 seneden beri burada yaşıyorum. Çok mutlu bir yaşam geçirdim, elektrik teknisyeniyim ben. Sosyal güvencem de var, yaşantı olarak hiçbir sıkıntım yok. 4 çocuğum var ama eşim vefat ettikten sonra yalnız kaldım buraya yerleştim”* yanıtını vermiştir.

**“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna ise; *“ ben yaşlılıktan mutluluk duyuyorum; çünkü herkes hürmet ediyor, yardımcı olmaya çalışıyor”* yanıtını vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı: *“ Ben çok mutlu bir yaşam geçirdim, gerçekleştirmek istediğim bir hâyâlim yok; ama Sevgi'nin (eşi) vefatı beni çok üzdü...”* yanıtını vermiştir.

6 numaralı katılımcının ciddi boyutta bir sağlık probleminin olmaması hayata bakış açısını da olumlu etkilemekte, görece eğitim düzeyinin iyi olması gençliğinde aktif olarak çalışması ve hayal ettiği birçok işi gerçekleştirmesi, sosyal güvencesinin olması yaşlılık sürecinden de keyif aldığını ve hayattan tamamen memnun olduğunu göstermektedir.

### **7 Numaralı Katılımcı**

7 numaralı katılımcı erkek, 78 yaşında ve Çine/Aydın doğumludur. Katılımcı ilkokul mezunudur ve ilkokul döneminden itibaren çalışmaya başlamıştır. Gençliğinde ticaretle uğraşarak esnaflık yapmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan emeklidir. Katılımcının beş kardeşi bulunmakla birlikte hiç birisiyle görüşmemektedir. (Görüşmeme nedenini söylememiştir.)

Yedi numaralı katılımcı askerden geldikten sonra, 1963 senesinde evlenmiştir. Evliliğinden bir kız bir de erkek çocuğu vardır. 1968 senesinde (29 yaşındayken) Muğla'ya gelmiştir. Yedi numaralı katılımcının akrabası (dayısı) o dönem Muğla'da çalışmaktadır, katılımcı da 1974 senesine kadar dayısıyla birlikte çalışarak ticaretle uğraşmıştır. 1983 senesinde bir beyaz eşya firmasının bir şubesini Muğla'da açarak otuz beş seneye yakın esnaflık yapmıştır. On iki ülkeye seyahat etmiş, bir siyasi parti de on beş sene yönetimde kalmış ve Muğlaspor'da yöneticilik yaptıktan sonra 2008 yılında beyaz eşya mağazasını kapatmıştır.

Katılımcının eşi dokuz sene önce vefat etmiştir, 2 çocuğu (erkek) ve 3 torunu vardır. Gelinleriyle anlaşamadığı için çocuklarının yanında kalamamaktadır. Kardeşiyle 6 seneden beri görüşmemektedir. Yalnız kalmak istemediği için huzurevine yerleşmiştir. 6 seneden beri huzurevinde kalmaktadır. 7 numaralı katılımcı gün içerisinde gazete okumakta, haberleri izlemekte ve huzurevinde yaşayan diğer yaşlılarla birlikte tavla oynamaktadır. 7 numaralı katılımcının huzurevinde yaşama memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna 7 numaralı katılımcı:

*“6 seneden beri huzurevinde yaşıyorum. Yalnız kalmamak için buraya geldim. Oğlanla görüşmüyoruz, gelinle anlaşamıyoruz. Bunun için huzurevinde kalmayı tercih ettim; ama burada olmaktan memnunum. Buradaki görevliler bizlere çok iyi davranıyorlar. Güler yüzlüler. Bizler de teşekkür ediyoruz onlara...”* yanıtını vermiştir.

**“Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna *“ben memnunum hâlimden, kendi işimizi görüyoruz çok şükür; ama toplumun algısı bizlere (yaşlılara) acıma yönünde. Mesela eski müşterilerimden gördüğüm oluyor, ‘nasılsın, ne yapıyorsun’ dediklerinde; huzurevinde yaşadığımı söyleyince ‘üzüldük’ diyorlar...”* yanıtını vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı: *“Hayatım hep mücadeleyle geçti, yoktan var ettim. Güzel bir hayat tükettim...Eşimin vefatı beni çok sarstı... 9 ay hastanede kaldı... Vefat ettikten sonra yalnız kaldım, her gece almaya başladım (alkol), es dost huzurevini önerdi.. Buraya geldim, huzurevine geldikten sonra çocuklar üç sene hiç aramadılar... 25 seneden beri gelinle konuşmuyoruz...”* yanıtını vermiştir.

7 numaralı erkek katılımcının herhangi ciddi bir sağlık probleminin olmaması bununla birlikte sosyal güvenceye sahip olması fiziksel ve ruhsal açıdan yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir; bununla birlikte huzurevindeki ilgi ve bakımdan da memnundur. Tüm bunlar ise 7 numaralı katılımcının hayattan tamamen memnun olduğunu göstermektedir.

## 9 numaralı katılımcı

9 numaralı katılımcı erkek, 71 yaşında ve İzmir doğumludur. İlkokul mezunu olan katılımcı, şoförlük yapmıştır. 2 çocuğu (1 kız, 1 erkek) olan 9 numaralı katılımcı, eşinden boşanmıştır. Çocuklarından biri (erkek) İzmir’de yaşamakta, biri de (kız) Hollanda’da yaşamaktadır. 4 seneden beri huzurevinde yaşayan 9 numaralı katılımcının ciddi boyutta sağlık problemi vardır. 2011 senesinden bu yana yarı felçlidir ve 2 seneden beri her gün 21 tane hap içmektedir. Huzurevinde 7 kişilik odada, rehabilitasyon servisinde kalmaktadır. Hasta bakıcılar ve görevlilerden memnundur.

9 numaralı katılımcının ciddi boyutta sağlık problemi olmasına rağmen, hayat enerjisinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Felç durumunu anlattıktan sonra, kendi başına yürümek istemiş, nasıl yürüdüğünü (zorlansa dâhi) bizlere göstermiştir. Katılımcı azimli ve mutludur. **“Yaşlılık size ne ifade ediyor ”** diye sorulduğunda *“ben kendimi yaşlı olarak görmüyorum ki taş çatlasa 33 ya da 35 yaşındayım”* cevabını vermiştir.

9 numaralı katılımcının sağlık problemi olmasına rağmen, daha kötüsünün de olabileceğini düşünmesi ve bunu ifade etmesi yaşadığı hayattan memnun olduğu göstermektedir; ancak hayata bakışı ise ne olumlu ne de olumsuz yöndedir.

## 11 numaralı katılımcı

11 numaralı katılımcı ise 69 yaşında ve kadındır. Muğla doğumlu olan katılımcı, lise mezunudur ve emeklidir. Gençlik yıllarında yurtdışında çocuk bakıcılığı yaparak geçimini sağlamıştır. Katılımcı üç evlilik yapmıştır. İlk evliliğini 18 yaşında yapmıştır. 1 çocuğu (kız) vardır. Kızının babası vefat etmiştir. Diğer eşlerinden boşanmış, bunu da kendisinin manik depresif olmasından dolayı gerçekleştiğini dile getirmiştir. Almanya ve İsviçre’de de yaşayan katılımcı iklim şartlarından dolayı, ağır bir rahatsızlık süreci geçirdiğini söylemiştir. Yurtdışında yaşayan katılımcı annesinin rahatsızlığından dolayı Türkiye’ye dönmüştür. O süreçte Bodrum’da takı tezgahçılığı yaparak geçimini sağlamıştır. Katılımcının annesi vefat etmiştir. Maddi sıkıntıdan dolayı huzurevine yerleşen katılımcı 10 aydan beri huzurevinde kalmaktadır.

**Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** soruna 11 numaralı katılımcı

*“Maddi sıkıntıdan dolayı huzurevine yerleştim; 10 aydan beri burada kalıyorum. Buradan memnunum. Personel iyi ve ilgili davranıyor. Sadece yemeklerini yiyemiyorum; bu da huzureviyle ilgili bir sorun değil, benim safra kesem alındı onun için.. Ama burada olmaktan mutluyum.. Ben senelerce anneme baktım, annemi asla huzurevine bırakmazdım; çünkü ne kadar bakım iyi olursa olsun, ben annemi okşayarak severek uyuturdum. Burada bunu yapabilirler mi? “* yanıtını vermiştir.

**“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna *“ Ben kendimi 18 yaşında hissediyorum, yaşlı hissetmiyorum ki.. En büyük arzum Kanada’ya gitmek mesela, Saint Laurent Nehrini kanoyla gezmek. Bir de Himalaya Dağı’na tırmanmak...”* yanıtı vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı; *“Benim çok zengin bir yaşamım oldu; malım mülküm, param vardı; ancak dolandırıldım... Bu beni tabii ki üzdü; ama kendi içimde çok mutlu biriyim. Kimsenin beni kırmasına, üzmesine izin vermem...Depresyonum da yaşlandıkça azaldı..”* yanıtını vermiştir.

11 numaralı katılımcının ciddi bir fiziksel sağlık problemi olmamakla birlikte, hayata pozitif/olumlu bakmakta, hayalleri olduğunu belirtmekte bu ise hayattan keyif aldığı ve hayattan tamamen memnun olduğunu göstermektedir.

## **12 numaralı katılımcı**

12 numaralı katılımcı 69 yaşında erkektir. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. Katılımcının sosyal güvencesi yoktur. Gençliğinde çobanlık yaparak geçimini sağlamıştır.

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** soruna 12 numaralı katılımcı;

*“ 10 seneyi aşkındır huzurevinde kalıyorum, burada rahatım iyi...iyi...”* yanıtını vermiştir.

Ciddi bir sağlık problemi olmayan katılımcı huzurevinde yaşamaktan memnundur. Hayata bakışı ne olumlu ne olumsuz olan katılımcı görüşme sırasında

çoğu soruya yanıt vermemesinden dolayı detaylı yorum yapılamamaktadır; ancak katılımcının sağlık probleminin olmamasıyla birlikte hayata bakışı ne olumlu ne de olumsuz yödedir. Bundan dolayı hayattan kısmen memnun olduğu ifade edilmelidir.

### **13 numaralı katılımcı**

13 numaralı katılımcı erkek ve 69 yaşındadır. Van doğumlu olan katılımcı, okur-yazar değildir. 4 çocuğu olan katılımcının çocukları Van'da yaşamaktadır. Sosyal güvencesi yoktur. Gençliğinde çobanlık yaparak geçimini sağlamıştır.

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** soruna 13 numaralı katılımcı;

*“6 aydan beridir burada kalırım...Burada rahatım iyi...Bakımdan da memnunum”* yanıtını vermiştir. Katılımcının sağlık probleminin olmaması ve hayata karşı bakışının olumlu olması, hayattan tamamen memnun olduğunu göstermektedir.

### **14 numaralı katılımcı**

14 numaralı katılımcı 64 yaşında, erkektir. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. Marangozluk yaparak geçimini sağlayan katılımcı emeklidir

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** soruna 14 numaralı katılımcı;

*“ Burada 10 seneden beri kalıyorum, rahatım da iyi bakımdan da memnunum...”* yanıtını vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı; *“Ben en çok ailemle vakit geçirmeyi severim, Deniz (yeğeni) gelir buraya ben onu çok severim...”* yanıtını vermiştir.

Katılımcının çocuğu yoktur ve evlilik de yapmamıştır. 10 seneyi aşkın süreden beri huzurevinde yaşayan katılımcı, huzurevindeki bakım ve ilgiden memnundur. Katılımcının sağlık sorunu olmamakla birlikte, hayata bakışı olumlu yönde ve hayattan tamamen memnundur.

### **15 numaralı katılımcı**

15 numaralı katılımcı 83 yaşında, erkektir. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. Tütüncülük yaparak geçimini sağlamış olan katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Katılımcının eşi ve çocuğu vefat etmiştir. Yaklaşık olarak 8 aydan beri huzurevinde kalan katılımcı, huzurevindeki bakımdan, ilgiden ve yemeklerinden memnundur.

Katılımcının herhangi bir rahatsızlığı olmamasıyla birlikte hayata karşı olumlu bakmakta, yaşından daha genç göstermektedir. Katılımcının oldukça dinç olduğu da gözlemlenmiştir. Hayata bakış açısının olumlu olmasının fiziksel ve ruhsal açıdan da katılımcıyı olumlu etkilediği katılımcının kullandığı ifadelerden yola çıkarak anlaşılmıştır. Katılımcı hayattan tamamen memnundur.

### **16 numaralı katılımcı**

16 numaralı katılımcı kadın ve 90 yaşındadır. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. Ev kadını olan katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. (Gençliğinde tütüncülükle uğraşmıştır). 14 yaşında evlenen kadın katılımcının eşi 20 sene önce vefat etmiştir. Evliliğinden iki erkek çocuğu vardır. 8 kardeşi olan katılımcı, kardeşleriyle görüşmektedir. 16 numaralı katılımcının huzurevinde kalma sebebi, evinin yanması ve çocuklarının katılımcının kendileriyle beraber yaşamasını istememeleridir. Katılımcı 3 aydan beri huzurevinde yaşamaktadır. Huzurevinde yaşamaktan memnun olan katılımcı arkadaşlarıyla iyi anlaşmışımı ifade etmiştir.

90 yaşındaki katılımcının ciddi bir sağlık probleminin olmadığını “90 yaşına girdim hiç doktora gitmedim” cümlesiyle ifade etmiştir. Katılımcının sağlık sorunu olmamakla birlikte hayata karşı olumlu bakmakta ve hayattan tamamen memnundur.

### **18 numaralı katılımcı**

18 numaralı katılımcı 76 yaşında ve erkektir. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. İşçi olarak çalışan katılımcı, Sosyal Sigortalar Kurumundan emeklidir. Hiç evlenmemiştir ve çocuğu yoktur.

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnunuz?”** soruna 18 numaralı katılımcı,

*“Ben buraya geleli tam 6 sene oldu...burası olmasaydı ne yapardım bilmiyorum...Evlenmedim ben çocuk falan yok...Bir ara kalp krizi geçirdim ben... Onun için burada yaşamaktan memnunum ben...”* yanıtını vermiştir.

6 seneden beri huzurevinde yaşayan katılımcının ciddi bir sağlık problemi olmamakla birlikte, hayata olumlu bakmaktadır ve hayattan tamamen memnundur.

### **19 numaralı katılımcı**

19 numaralı katılımcı 86 yaşında erkektir. Muğla doğumlu olan katılımcı ilkokul mezunudur. İnşaat işçiliği yaparak geçinimi sağlayan katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur.19 numaralı katılımcının 4 çocuğu vardır ve çocuklarıyla görüşmektedir. 4 seneden beri huzurevinde kalan katılımcı huzurevindeki bakımdan ve ilgiden memnundur.

Katılımcının böbrek yetmezliği sorunu olduğu için diyalize girmektedir. Bu da günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Katılımcının hayata bakışı ne olumlu ne de olumsuzdur ve hayattan kısmen memnundur.

### **20 numaralı katılımcı**

*“Yaşlısın diye kimse iş vermedi bana...”*

20 numaralı katılımcı erkek ve 60 yaşındadır. Muğla doğumlu olan katılımcı ortaokul mezunudur. Esnafılık yapmış büfe ve taksi işletmiştir, ancak herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Eşinden boşanan katılımcının 4 çocuğu (3 kız, 1 erkek) vardır. Sadece 1 çocuğuyla (kız) ara sıra görüşmektedir. 5 aydan beri huzurevinde kalmaktadır. Katılımcı huzurevinde kalma sebebini *“yaşlısın diye kimse bana iş vermedi, son çare olarak huzur evinde kaldım”* olarak açıklamaktadır. Katılımcı huzurevinde kalmaktan çok memnundur *“iyi ki burada kalıyorum, burada olmasam şu anda parklarda yatıyor olurum”* diye açıklamaktadır.

20 numaralı katılımcı hayata karşı olumlu bakmakta ve şikayet etmemekle birlikte hayatından memnundur ancak çocuklarıyla görüşememesinden dolayı üzülmemektedir.



**22 numaralı katılımcı**

**“ Biz üç nimet kaldık Eyüp Aleyhisselam ‘dan**

***Birimiz suda yaşar***

***Birimiz ipekte***

***Ben de uçarım kırdaki çiçekte...***

***Marifetim baldadır, o da petekte.***

***Sunarım sizlere güzel insanlar***

***Sırrım Eyüp'tendir bilen varsa***

***Sırrım marifet***

***Sırrım hakikat***

***Bunu da çözen varsa.”***

***A.H***

***Huzurevi Sakini***

***12/11/2016***

Yukarıda yer verilen şiiri görüşme esnasında yazan/söyleyen 22 numaralı katılımcı, erkek, 83 yaşında Varto/Muş doğumludur. 14 yaşındayken babasını kaybeden katılımcı annesini hiç görmemiştir. Hiç okula gitmeyen katılımcı, alfabeyi askerdeyken öğrenmiştir. Daha sonrasında kendi çalışmalarıyla yazı yazmayı da öğrenmiş üç tane şiir kitabı yazmıştır. (1972 senesinden beri şiir yazmaktadır) Şiir yazmasını Allah'ın bir lütfu olduğunu söyleyen katılımcı, bu yeteneğinin bir anda ortaya çıktığını, aklına dizelerinin bir anda geldiğini söylemiştir.

Gençliğinde ekmek fırınında çalışan katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Bir evlilik yapan katılımcı eşinden boşanmıştır, bir kız ve bir erkek olmak üzere iki çocuğu vardır; ancak çocuklarıyla görüşmemektedir. 22 numaralı katılımcı sekiz senede beri huzurevinde yaşamaktadır.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı; “ *Hayatta beni en çok mutlu ve memnun eden şey, Edebiyatla ilgilenmek ve şiir yazmak... Bu bana Allah’ın bir lütfü, bir anda dizeler aklıma geliyor.. Ben hiç okula gitmedim, gidemedim.. Kendi çalışmalarım çabalarım sayesinde okuma yazma öğrendim, şimdi şiirler yazıyorum...Huzurevinin bahçesine adımla verdiğim bir ağaç diktim...Dünyadan göçerken bir eser bırakmak gerekiyor... Ben daha neler yaparım elimde imkanım olsa...Ayda 150 lira devlet veriyor...Parasızlık beni mahvediyor...*” yanıtını vermiştir.

22 numaralı katılımcının herhangi bir sağlık problemi yoktur ve yaşına göre oldukça dinç gözükmeğdir. Edebiyat ve şiirle ilgilenmek hem katılımcıyı memnun etmekte hem aktif bir yaşlılık süreci geçirmesini sağlamakta hem de hayata karşı olumlu bir bakış açısına sahip olmaktadır. Katılımcı hayattan tamamen memnundur.

#### **24 numaralı katılımcı**

24 numaralı katılımcı, erkek ve 71 yaşındadır. İki buçuk seneden beri huzurevinde yaşamaktadır. 5 ay önce Muğla huzurevine gelmiştir, iki sene Reyhanlı/Hatay Huzurevi’nde kalmıştır. 24 numaralı katılımcı lise mezunudur, gençliğinde daktilo kursuna giderek, Önce Zabıt katipliği daha sonra icra memurluğu yapmıştır. Muğla’nın Bodrum ilçesinde yaşamış ve Bodrum Adalet Sarayı’nda baş katiplik yapmış, buradan emekli olmuştur. İki evlilik yapan katılımcının, ilk evliliğinden iki kızı bir oğlu; ikinci evliliğinden ise bir oğlu vardır ancak çocuklarıyla maddi problem yaşadığı için görüşmemektedir.

Dünya klasikleri okumayı sevdiğini söyleyen katılımcı; şiir ve edebiyatı sevmektedir. Anılarını kaleme aldığını dile getiren katılımcının en büyük hayali kitap çıkartmaktır.

**Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna 24 numaralı katılımcı; “ *İki buçuk seneden beri huzurevinde yaşamaktayım, beş öncesine kadar Reyhanlı’daki huzurevinde kalıyordum, şimdi buradayım. Burada beş kişilik odada kalıyorum, anlaşabildiğim var anlaşamadığım var, geçinip gidiyoruz işte...4 çocuğum var benim, baktım bunlar birbirleriyle mal kavgasına düştü, biri der evin benim öteki der evin benim, çektim geldim ben de*

buraya. Evi de kimseye vermedim. Dayalı döşeli duruyor orada, istediğim zaman ben kullanıyorum..” yanıtını vermiştir.

“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?” sorusuna “ben kendimi hiç yaşlı gibi hissetmiyorum (gülüyor), ben kendimi delikanlı gibi hissediyorum” yanıtını vermiştir.

“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?” sorusuna katılımcı; “ Beni en çok üzen olay hayatımdaki vedalar...Ayrılık benim en çok üzüldüğüm şey... (aklına Bodrum’da aşık olduğu bir Fransız kadın geliyor, nasıl tanıştıklarını ve ayrıldıklarını anlatıyor). En çok sevdiğim de, şiir v edebiyat. Bana bir dahaki gelişiniz de kitap getirin, Vadideki Zambak’ı çok severim mesela, Tolstoy okurum, Charles Dickens okurum...Anılarımı yazıyorum şimdi bir kitap çıkartmak istiyorum. Benden geriye bir şey kalsın..” yanıtını vermiştir.

24 numaralı katılımcının herhangi ciddi bir sağlık probleminin olmaması, geçimini sağlayacak emekli aylığının alması hayattan memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Hobi olarak kitap okuması ve anılarını yazması; geleceğe dair hayalinin olması katılımcının hayata bakışını pozitif olmasına da neden olmaktadır.

### 3.2.2. Hayattan Memnun Olmayanlar

#### 8 numaralı katılımcı

8 numaralı katılımcı; erkek, 78 yaşında ve İstanbul doğumludur. Üniversiteyi dönemin siyasi olaylarından dolayı annesinin ısrarı üzerine bırakmak durumunda kalmıştır. Lise mezunudur. Özel kurumda personel şefliği yapmıştır, Sosyal Sigortalar Kurumu’ndan emeklidir. Bir oğlu olan 8 numaralı katılımcı eşinden boşanmıştır. Çocuğuyla daha çok telefonla görüşmekte, yüz yüze ise çok nadir görüşmektedir.

Huzurevine yerleşmeden önce Muğla’nın Datça ilçesinde yaşayan katılımcı, Datça hayranı olduğunu ve ilerleyen süreçte Datça’dan ev almak istediğini ve orada yaşamak istediğini belirtmiştir. İş için yurt dışına çıkmak durumunda kalan katılımcı, orada yaşanan birtakım ekonomik sıkıntılardan dolayı ülkeye geri dönmüş ve sonrasında huzurevine yerleşmiştir.

3,5 seneden beri huzurevinde yaşamakta olan katılımcının huzurevine yerleşme sebebi maddi yetersizlik olmuştur. Sekiz numaralı katılımcı huzurevinin disiplininden ve yemeklerinden memnun değildir. Bununla birlikte katılımcı huzurevinde zamanını gazete okuyarak, haberleri izleyerek, huzurevinde kalan diğer yaşlılarla sohbet ederek geçirmektedir. 8 numaralı katılımcının huzurevinde yaşama memnuniyeti ve yaşlılığa bakış açısı şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna sekiz numaralı katılımcı:

*“Ben 3,5 seneden beri huzurevinde kalıyorum. Çalışan personelden şikayetim yok ama yemeklerinden şikayetim çok. Ara öğünler kalitesiz çıkıyor. Ne bileyim hiç duymadığımız markaların ürünlerinden yemek yapıyorlar. Hani olur ya, merdiven altı ürünler... Onlardan işte.. Defalarca dilekçe yazdım, dönüt olamadım. Olmaz ama böyle.. Bir de disiplinle ilgili bir sıkıntı var, geçenlerde birisi esrar almış, ilişkisinin kesilmesi gerekir; ama yapmıyorlar. Neymiş efendim rapor bekliyorlarmış, olmaz böyle.. Ben de amirlik yaptım, bilirim bu idari işleri...”* yanıtını vermiştir.

**“Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor?”** sorusuna *“ yaşlılık doğa kanunu. Önemli olan buraya kadar nasıl geldiğin ve bundan sonra nasıl gideceğin. Bu eğitimle okumakla olmaz, eğer kökenin sağlam ise, ahlaklıysan, o zaman gençken de yaşlıyken de rahat edersin...”* yanıtını vermiştir.

**“Hayatınızda sizi en çok mutlu eden ve sizi en çok üzen olay nedir?”** sorusuna katılımcı; *“Hayatımda beni en çok mutlu eden olay eşimle evlenmemdir. 20 sene evli kaldık, fakat çok kıskançtı. Son zamanlarda bu kıskançlık dozları artmaya başlayınca ayrıldık.. Şimdi O Ankara’da...”*

*Bir de motorla iki defa tüm Türkiye’yi gezdim ben, o zaman da çok mutlu olmuştum. Gençken hızlıydım...Sporcuydum. Futbol üzerine lisansım var. Güreş sporu haricinde tüm sporlarla ilgilendim ben. 17 seneden beri de sigara ve alkolü bıraktım. Tabii bunlar da beni mutlu ediyor. Şimdi bir hayalim var; o da Doğu ülkelerini gezmek...”* yanıtını vermiştir.

8 numaralı katılımcı, yaşadığı yerin belediyeçilik hizmetini beğenmemekte, şehir temizliğine önem verilmediğini söylemekte, parklarda oturacak yerin olmadığını ifade etmektedir. Katılımcının ciddi bir sağlık problemi olmamakla

birlikte, genel olarak yaşadığı yerden, belediyeçilik hizmetinden ve kaldığı kurumdan şikayet etmektedir. Bu ise yaşadığı hayattan kısmen memnun olmadığını göstermektedir. Hayata bakış açısı ise ne olumlu ne de olumsuz yöndedir.

### 10 numaralı katılımcı

***“Bir ipim olsa veririm kendimi...”***

10 numaralı katılımcı ise 81 yaşında erkek ve Muğla doğumludur. (Günlüce Köyü) Okuryazar olan katılımcının sosyal güvencesi yoktur. Marangozluk ve sıvacılık yaparak geçimini sağlamıştır. Üç evlilik yapan katılımcının iki çocuğu vardır. Huzurevinde bir seneden beri yaşayan katılımcı, huzurevine gelmeden önce çocuğunun yanına gitmiş “baba sana bakamayacağız, mağdur durumdayız” yanıtını almıştır. Yedi kardeşi vefat eden 10 numaralı katılımcının gidecek bir yeri olmadığı için huzurevine gelmiştir. Zor yürümektedir, kısmi felçlidir. Katılımcının huzurevinde kalma memnuniyeti ile ilgili görüşleri şöyledir:

**“Ne zamandan beri huzurevinde yaşıyorsunuz ve burada yaşamaktan memnun musunuz?”** sorusuna katılımcı ;

*“Üç evlilik yaptım ben, ikisini boşadım diğeri öldü. İki çocuğum oldu. Büyüttüm onları ben, malım mülküm çoktu. Çocuklar malı da mülkü de sattılar. Elde avuçta kalmadı bir şey, Fethiye’ye gittim oğlanın yanına. Baba dedi, bakamayacağız sana. Mağduruz biz de. Yed kardeşim vardı, toprağa verdim hepsini. Bir ben kaldım... Yalnız kaldım.. Buraya geldim ben de işte bir seneden beri burada yaşıyorum. Gelenim gidenim yok. Çocuklar arayıp sormuyorlar. Ne yapalım böyle oldu...Huzurevindeki bakımdan memnunum, burası olmasaydı sokakta kalacaktık..”* yanıtını vermiştir.

**“ Yaşlılık sizin için ne ifade ediyor? ”** sorusuna ise; *“ben yaşamışım yaşayacağım kadar, bir ipim olsa veririm kendimi ama Allah korkusu var. Bundan sonra ne isteyeyim bir sağlık versin ”* yanıtını vermiştir.

10 numaralı katılımcının sağlık probleminin olmasının yanında çocuklarıyla görüşmemesi ve katılımcıyı istememelerinden dolayı yalnızlık duygusu yaşamaktadır. Kardeşlerinin vefatı ve huzurevinde ziyaretçisinin olmaması da

katılımcıyı olumsuz yönde etkilemiştir. Bundan dolayı katılımcı hayattan memnun değil ve hayata olumsuz yönde bakmakta, hayattan şikayet etmektedir.

### **17 numaralı katılımcı**

17 numaralı katılımcı 76 yaşında erkektir. Kars doğumlu olan katılımcı okuryazardır. İnşaatlarda çalışarak geçimini sağlamıştır. Herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Katılımcının üç çocuğu vardır ve çocukları Bursa'da yaşamaktadır. Genellikle sorulara yanıt vermek istemeyen katılımcı görüşme sırasında yaşanan komik olaylara ya da başka yaşlıların anlattığı olaylara tepki vermemekte ve konuşmamayı tercih etmektedir. Katılımcının yürürken zorlanmakta ve baston yardımıyla dengesini sağlamaktadır. Bununla birlikte hayata bakışı olumsuz ve hayattan tamamen memnun değildir.

### **21 numaralı katılımcı**

21 numaralı katılımcı, 77 yaşında ve erkektir. Muğla'nın Datça ilçesinde dünyaya gelen katılımcı ilkokul mezunudur. Gençliğinde çay bahçesi işletmeciliği yapmıştır. Sosyal güvencesi vardır. Bir buçuk seneden beri huzurevinde yaşamakta olan katılımcı, tek odada kalmaktadır. Ancak huzurevinde yaşamaktan memnun değildir ve huzurevinin diğer sakinleriyle pek fazla konuşmamaktadır.

21 numaralı katılımcı bir buçuk ay evli kalmış, sonrasında boşanmıştır. (Boşanma nedeni olarak, eşinin kürtaj olmasını açıklamıştır) Daha sonra hiç evlenmemiştir, katılımcıya yeğenleri bakmaktadır.

Katılımcının ciddi sağlık problemi vardır, genel olarak yaşadığı hayattan ve bulunduğu yerden şikayet etmektedir. Hayata bakışı ne olumlu ne de olumsuz yönde aynı zamanda hayattan memnuniyeti de olumsuzdur.

### **23 numaralı katılımcı**

23 numaralı katılımcı, 80 yaşında ve erkektir. Sivas doğumlu olan katılımcı Menemen/İzmir'de büyümüştür. Okuryazar olan katılımcı, gençliğinde ara işlerde çalışmış, genellikle çiftçilikle uğraşmıştır. Herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir; ancak yaşlı aylığı almaktadır.

Katılımcı hiç evlenmemiştir, çocuğu yoktur. Annesini ve babasını kaybeden katılımcının kardeşi yoktur. Sekiz seneden beri huzurevinde kalan katılımcı dört kişilik odalarda kalmaktadır.

Katılımcı nefes darlığı çekmekte, 36 seneden beri bacağında platin bulunmaktadır. Fazla kilo problemi yaşayan katılımcı hem bacağındaki platin ameliyatından hem de kilodan dolayı çok fazla hareket edememekte bu da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. 23 numaralı katılımcı kurumsal bakımdan oldukça memnun olduğunu ifade etmiştir ancak genel olarak değerlendirildiğinde; ciddi sağlık problemleri yaşamaması ve yaşlılık aylığı dışında herhangi bir maddi gelir kaynağı olmadığından dolayı hayata karşı bakışı ve hayattan memnuniyeti ne olumlu ne de olumsuz yönde olduğu için; hayattan kısmen memnun değildir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### GENEL DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

Görüşmeler sonucunda belirlenen “Hayattan Memnun Olma” ve “Hayattan Memnun Olmama” bu çalışmanın iki ana temasıdır. Bu araştırmada kurumsal bakım hizmeti gören ve genel olarak hayattan memnun olan ya da olmayan görüşmecilerin memnuniyet düzeylerini etkileyen faktörler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Kurumsal bakım hizmeti gören görüşmecilerin memnuniyet düzeyleri, yaşlılığı nasıl değerlendirdikleri ve yaşamlarında önemli yere sahip olan ve iz bırakan anıları bağlamında değerlendirilmiştir. Bununla birlikte “Hayattan Memnun Olma” ve “Hayattan Memnun Olmama” durumlarını etkileyen alt faktörler de bulunmaktadır. Özellikle katılımcıların yaşadıkları sağlık sorunları hayattan memnuniyet düzeylerini ve hayata bakış açılarını etkilemektedir; bununla birlikte bazı katılımcılar sağlık problemi yaşasa da ilgilendikleri hobiler veya sporla ilgilenmeleri hayata bakış açılarını olumlu yönde etkilemekte yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği gözlemlenmektedir.

Tablo 4.1: Ana Temalar ve Ana Temaların Alt Kategorileri

#### 4.1.1 Tema / Hayattan Memnun olma

- ❖ Hayattan memnun
- ❖ Hayata olumlu bakıyor
- ❖ Hayattan şikâyeti yok
- ❖ Sağlık sorunu yok



#### 1.1. Hayattan Memnun / Sağlık Sorunu yok

- ❖ Hayattan memnun
- ❖ Hayata olumlu bakıyor
- ❖ Hayattan şikâyet ediyor
- ❖ Sağlık sorunu yok

#### 1.2. Hayattan Memnun / Sağlık Sorunu Var

- ❖ Hayattan memnun
- ❖ Hayata bakışı ne olumlu ne olumsuz (nötr)
- ❖ Hayattan şikâyet etmiyor
- ❖ Sağlık sorunu var



#### 4.1.2.Tema/Hayattan Memnun Olmama

- ❖ Hayattan memnun değil
- ❖ Hayata olumlu bakmıyor
- ❖ Hayattan şikayet ediyor
- ❖ Sağlık Sorunları var.



##### 2.1. Hayattan memnun değil / Sağlık Sorunu Yok

- ❖ Hayattan memnun değil
- ❖ Hayata olumlu bakmıyor
- ❖ Hayattan şikayet ediyor
- ❖ Sağlık sorunu yok

##### 2.2. Hayattan memnun değil / Sağlık Sorunu Var

- ❖ Hayattan memnun değil
- ❖ Hayata olumlu bakmıyor
- ❖ Hayattan şikayet etmiyor
- ❖ Sağlık sorunu var

Tablo 4.2: Katılımcıların ilgilendikleri hobiler ve hayattan memnuniyet düzeyleri

| Katılımcı                   | Hobi(ler)  |
|-----------------------------|--|
| 2 numaralı erkek katılımcı  | Müzikle uğraşıyor, şarkı söylüyor, bateri, darbuka, klavye çalıyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek)                                    |
| 4 numaralı kadın katılımcı  | Müzikle uğraşıyor, Türk Sanat Müziği okuyor/söylüyor. Sabah sporu yapıyor, el işi tasarımlar yapıyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek). |
| 6 numaralı erkek katılımcı  | Tavla oynuyor, gazete okuyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek)  |
| 11 numaralı kadın katılımcı | Bocce oynuyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek)   |
| 20 numaralı erkek katılımcı | Bocce oynuyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek)   |
| 22 numaralı erkek katılımcı | Edebiyatla ilgileniyor ve şiir yazıyor. (Hayattan memnun olma olasılığı oldukça yüksek)  |

24 katılımcıyla yapılan görüşmede, yedi katılımcının farklı hobilerle ilgilendikleri, bu hobilerin müzik, spor, edebiyat ve oyun oynama gibi farklı alanları kapsadığı ortaya çıkmıştır. Çeşitli hobiler edinen katılımcıların görece aktif bir yaşlanma geçirerek hayata daha olumlu baktıkları gözlemlenmiştir. Böylelikle hayattan memnuniyeti etkileyen en önemli faktörün aktif yaşlanma dediğimiz bir spor ya da hobi ile uğraşma yaşlıları daha fazla hayata bağlamakta ve onların hayattan memnun olmasını etkileyen en önemli faktörlerden birisi olarak ortaya çıkmaktadır. Tablo 3’de belirtilen katılımcılar arasında sadece 8 numaralı katılımcı sporla uğraşsa da hayattan kısmen memnun olmadığı görüşmeler sonucunda ortaya çıkmıştır.

Daha önce de belirtildiği gibi hayattan memnun olma, hayattan kısmen memnun olma, hayattan memnun olmama ve hayattan kısmen memnun olmamayı etkileyen başka faktörlerin olduğu da görülmektedir. Bu faktörlerden bir diğeri de yaşam kalitesini son derece etkileyen katılımcının sağlık probleminin olup olmamasıdır. Bu bağlamda görüşmeler sonucunda iki farklı model gelişmiştir.

Bunlardan birincisi; katılımcının sağlık problemi olmasına rağmen hayattan memnun olması ve hayattan şikayet etmemesidir. İkincisi ise; katılımcının herhangi bir sağlık problemi olmamasına rağmen hayattan memnun olmaması ve hayattan şikayet etmesidir.

*Tablo 4.3: Katılımcıların sağlık durumları ile hayattan memnuniyet düzeyleri*

| <b>Katılımcı</b>            | <b>Sağlık Problemi</b>                     | <b>Hayattan Memnuniyet</b>                  |
|-----------------------------|--|---|
| 1 numaralı kadın katılımcı  | Astım-Bronşit hastası, dizlerde kireçlenme | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |
| 3 numaralı erkek katılımcı  | Oksijen tüpüyle dolaşıyor                  | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |
| 5 numaralı erkek katılımcı  | Parkinson hastası                          | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |
| 9 numaralı erkek katılımcı  | Yarı felçli (Vücutun sol tarafı tutmuyor)  | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |
| 18 numaralı erkek katılımcı | Kalp Hastası                               | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |
| 19 numaralı erkek katılımcı | Diyaliz hastası                            | Sağlık problemi var, hayattan kısmen memnun |

Tablo 4'te felç geçiren, parkinson hastası olan ve diyalize giren, astım-bronşit, kalp hastası gibi ciddi sağlık problemi yaşayan katılımcılara yer verilmiştir. Görüşmelerde bu katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına rağmen hayattan kısmen memnun oldukları gözlemlenmiştir. Bununla birlikte sağlık problemi olmayıp hayattan memnun olmayanlar tablo 5'te; herhangi bir sağlık problemi olup hayattan memnun olmayanlar da tablo 6'da gösterilmiştir.

*Tablo 4.4: Katılımcıların sağlık probleminin olmaması ile hayattan memnuniyet düzeyleri*

| <b>Katılımcı</b>           | <b>Sağlık Problemi</b> | <b>Hayattan Memnuniyet</b>                   |
|----------------------------|------------------------|--|
| 8 numaralı erkek katılımcı | Yok                    | Hayattan memnun olma olasılığı oldukça düşük |

Katılımcılar arasından 8 numaralı erkek katılımcı, herhangi bir sağlık problemi yaşamamaktadır ancak yapılan derinlemesine görüşmede katılımcının yaşadığı hayattan kısmen memnun olmadığı ortaya çıkmıştır.

*Tablo 4.5: Katılımcıların sağlık probleminin olması ile hayattan memnuniyet düzeyleri*

| <b>Katılımcı</b>            | <b>Sağlık Problemi</b>                 | <b>Hayattan Memnuniyet</b>           |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| 10 numaralı erkek katılımcı | Kısmi felçli                           | Hayattan memnun olma olasılığı düşük |
| 17 numaralı erkek katılımcı | Yürümede problem                       | Hayattan memnun olma olasılığı düşük |
| 21 numaralı erkek katılımcı | Sağlık problemi var                    | Hayattan memnun olma olasılığı düşük |
| 23 numaralı erkek katılımcı | Sağlık problemi var. Yürümede aksaklık | Hayattan memnun olma olasılığı düşük |

Tablo 6’da, 10 numaralı erkek katılımcının, 17 numaralı erkek katılımcının, 21 numaralı erkek katılımcının ve 23 numaralı erkek katılımcının çeşitli sağlık problemleri yaşamalarıyla birlikte hayattan tamamen ve/veya kısmen memnun olmadıkları belirtilmiştir. Sağlık problemleri yaşlıların hayattan memnuniyetleri ve hayata bakış açılarını dolayısıyla yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerdendir ancak bazı katılımcıların sağlık problemi yaşamalarına rağmen hayattan tamamen ve/veya kısmen memnun oldukları belirtilmiştir. Bunun nedenlerinden biri de katılımcının sağlık problemi yaşasa dahi herhangi bir uğraşının (hobisi) olması, ekonomik anlamda sosyal güvenceye sahip olması da katılımcıların hayata bakış açılarını, hayattan memnuniyet düzeylerini belirlemektedir.

*Tablo 4.6: Katılımcıların sağlık durumları, sosyal güvenceleri ve hayattan memnuniyet düzeyleri*

| <b>Katılımcı</b>            | <b>Sağlık Problemi</b> | <b>Sosyal Güvence</b> | <b>Hayattan Memnuniyet</b> |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| 3 numaralı erkek katılımcı  | Var                    | Var (Emekli)          | Hayattan memnun            |
| 5 numaralı erkek katılımcı  | Var                    | Var (Emekli)          | Hayattan memnun            |
| 18 numaralı erkek katılımcı | Var                    | Var (Emekli)          | Hayattan memnun            |

Katılımcılar arasında 3 numaralı, 5 numaralı ve 18 numaralı katılımcılar ciddi sağlık problemi yaşamaktadır; bununla birlikte hayattan memnundurlar, bu durumu etkileyen faktörlerden biri de ekonomik anlamda kendilerini görece güvende ve rahat hissetmeleri olabilir.

Kurumsal bakım gören 24 yaşlı katılımcıyla yapılan görüşmede sadece 10 katılımcının sosyal güvencesi olduğu 14 katılımcının ise herhangi bir sosyal

güvencesi olmadığı, sadece yaşlı aylığı aldıkları ortaya çıkmıştır. Görüşme esnasında 22 numaralı erkek katılımcı, maddi yetersizlikten dolayı şiir kitabı çıkartamadığını üzülerek anlatmış, 23 numaralı erkek katılımcı ise yine devlet desteği aldıklarını; ancak bunun yetersiz olduğunu dile getirmiştir. Dolayısıyla hayattan memnun olma durumunu etkileyen faktörlerden birisi de sosyal güvencedir.

Sonuç olarak; demografik veriler incelendiğinde dünyada yaşlı sayısında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Özellikle Sanayi Devrimi sonrasında yaşanan çeşitli teknolojik gelişmeler ve pozitif bilimlerdeki ilerlemelerle birlikte insan ömrü uzamaya başlamıştır. Buna ilaveten doğumdaki artış hızının düşmesi, bebek ölümlerinin azalması ve yaşam sürecinin uzamasıyla birlikte nüfus hızla yaşlanmaya başlamıştır.

Dünyada yaşlı nüfusun artması, sağlık alanında ekonomik ve toplumsal alanda çeşitli talepleri ve riskleri beraberinde getirmektedir. Bu risk ve taleplere karşı ise çeşitli sosyal politikalar geliştirilmeli buna bağlı olarak da bireylerin özellikle nüfusta önemli bir yeri olan yaşlıların günlük ve sosyal faaliyetlerini etkileyen, yaşam kalitelerini artıracak politikalara yer verilmeli ve önlemler alınmalıdır. Bununla ilgili olarak gerontolojinin bir alt dalı olan intervensiyon gerontolojisi giderek önem kazanmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı birçok boyutu ve anlamı içermekle birlikte; en geniş anlamıyla; insanların kendisini iyi hissetmesi –iyi olma hâli- ve yaşamdan alınan genel doyumunu ifade etmektedir. İyi olma hâli ise; fiziksel iyilik, ruhsal iyilik, maddi iyilik, zihinsel iyilik ve sosyal iyiliktir. Yaşam koşullarının, çevresel, sosyo-ekonomik, siyasi ve demografik yapının değişmesi yaşam kalitesini etkilemektedir. Özellikle yaşlı nüfusun dünyada artması, yaşlıların yaşam kalitesi üzerine araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Muğla ili Menteşe ilçesi huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin ve yaşlılığa bakış açılarının değerlendirildiği bu nitel çalışmada 4’ü kadın 20’si erkek olmak üzere 24 katılımcı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşme sonucunda “hayattan memnun” ve “hayattan memnun değil” olmak üzere iki ana tema betimlenmiştir. Yaşam kalitesiyle hayattan memnun olmaları doğru orantılıdır. Bu bağlamda görüşme sonucunda 11 katılımcının hayattan önemli ölçüde

memnun olduğu, 9 katılımcının hayattan kısmen memnun olduğu, 2 katılımcının hayattan memnun olmadığı ve 2 katılımcının da hayattan önemli ölçüde memnun olmadığına ilişkin veriler ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların hayattan memnun olmalarını sağlayan dolayısıyla yaşam kalitelerini artıran ya da bunu göreceli olarak azaltan etkenler söz konudur. Bu etkenler; eğitim düzeyi, gelir (sosyal güvenlik), meslek ve çocuklarla görüşme sıklığı olarak belirlenmiştir. Bu dört etkenin hepsinin olumlu olması halinde yaşlıların hayattan tamamen memnun olmasının oldukça yüksek olduğu ortaya çıkmakta ve bununla ilişkili olarak yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu belirlenmektedir. Etkenlerin yarısı ve yarısından fazlasının olumlu olması halinde yaşlılar hayattan kısmen memnun olmakta ve yaşam kaliteleri bununla bağlantılı olarak görece azalmaktadır. Etkenlerin hepsinin olumsuz olması halinde yaşlı bireyin hayattan memnun olma olasılıkları oldukça azalarak yok olma noktasına yaklaşmakta ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi de oldukça düşmektedir. Etkenlerden birinin olumlu diğer üçünün olumsuz olduğu durumlarda yaşlı bireyin hayattan memnuniyet düzeyi oldukça azalmakta ve yaşam kalitesinin de bununla orantılı olarak yine düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Örneğin; 4 numaralı katılımcı üniversite mezunudur; sosyal güvencesi olmamasına rağmen, müziğe karşı duyduğu ilgi, bu bağlamda kendini geliştirmesi (korolara katılması ve düzenlenen programlarda şarkı söylemesi) yaşlılık süresini aktif geçirmesine neden olmuş ve kendisini iyi hissetmesine yol açmıştır. 11 numaralı katılımcının eğitimin seviyesi diğer yaşlı bireylere görece daha iyidir, bu ise meslek ve çalışma hayatını olumlu yönde etkilemiştir; ancak sosyal güvencesi olmadığı için huzurevinde yaşamayı istemiştir. Ancak bu, hayattan memnun olmamasına yol açmamıştır. Aksine katılımcı kendisini genç ve dinamik hissetmekte hayaller kurmakta ve bunu gerçekleştirmek istemektedir. Bu ise yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmanın temel teorik temelini oluşturan yaşlılığın politik ekonomisine göre, yaşlıların gelir durumunun düşmesi, ekonomik yönden gerilemeleri birtakım sosyal problemlere yol açmaktadır. Bu sosyal problemlerden bazıları sağlık bakımında aksamalar, yetersizlikler ve barınma ihtiyacının karşılanamamasıdır. Bu araştırmanın bir diğer sonucu ise; yaşlılığın politik ekonomisi teorisinde olduğu gibi çoğu yaşlının sosyal güvencesi olmaması ve herhangi bir gelire sahip olmamasından

dolayı ekonomik olarak gerilemeleri, marjinalleşmeleri ve bununla bağlantılı olarak barınma ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli düzeyde bir gelirlere sahip olmadıkları için huzurevine yerleşmiş olmalarıdır. Özellikle ekonomik anlamda sıkıntı yaşayan ve bir gelire sahip olmayan bununla birlikte çocukları tarafından istenilmeyen yaşlılar hem maddi hem de manevi olarak kendilerini dışlanmış ve kötü hissetmekte bu ise yaşam kaliteleri oldukça düşmektedir. Örneğin; 10 numaralı katılımcının sosyal güvencesi yoktur ve çocukları tarafından da istenilmemiştir Bundan dolayı son çare olarak huzurevine gelmiştir. Yaşanılan bu olumsuzluklar yaşam kalitesini düşürmektedir.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan bir diğer sonuç ise görüşülen 24 kişiden, 19 kişi huzurevinde yaşamaktan önemli ölçüde ya da kısmen memnun olmasıdır. Sağlık problemi yaşayan ve yaşamayan 19 yaşlı, huzurevinde gösterilen bakım ve ilgiden dolayı memnun oldukları belirtmişler, ilaç ve yemek saatlerine dikkat edildiğini, personelin oldukça ilgili ve şefkatli çalıştıklarını ifade etmiştir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların kendilerini değerli hissetmesini sağlayacak ve zamanlarını değerli hâle getirecek sosyal aktivitelerin yapılması (yaşlıların el emekleriyle yapılmış tasarımlar, sadece yaşlılar gününde değil, diğer zamanlarda da etkinlik, konser programlarının yapılması, genç ve yaşlı buluşmalarının düzenlenmesi kuşaklar arası köprünün oluşturulması) yaşlıların yaşam kalitelerini artıracak önemli unsurdur.

Yaşlıların yaşam kalitesini artıracak önlemlerin alınmasıyla yaşlılar daha sağlıklı, daha uzun süre ve daha az sorunlu yaşlılık süreci yaşayacaklardır. Böylelikle yaşlılar için harcanan sağlık, ilaç, bakım ve diğer sosyal yardım masrafları azalacağından, bu durum kamunun ekonomik olarak da yararına olan bir durum olacaktır.

## KAYNAKÇA

Akın, G. (2003). İnsanın Ortaya Çıkışı Ve Toplumsal Davranışları. Kalıncara (Ed.), *Yaşlılık Disiplinleri Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler* (ss.1-33). Ankara: Odak.

Akın, G., Başbüyük, G. ve Sönmez, G. (2015). “Geroantropoloji’de Antropometrik Yaklaşım”, *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Bursa, ss.76-92, 26-27 Kasım 2015.

Aras, S., Atlı, T. ve Varlı, M. (2008). Yaşlıda Üriner İnkontinans Ve Tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı; Ankara. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm) Erişim Tarihi 16/12/2016 23.30

Arpacı, N., (2004). Yaşlı Bireyin Evde Sağlık Bakımı. Kalıncara (Ed.), *Yaşlılık Disiplinleri Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler* (ss.119-134). Ankara: Odak.

Baran, A. (2003). Yaşlılık Sosyolojisi. Kalıncara (Ed.), *Yaşlılık Disiplinleri Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler* (ss. 35-56). Ankara: Odak.

Camkurt, M. Z. (2014). Yaşlılık ve Yaşlıların Sosyal Güvenliği Kapsamında 65 Yaş Aylığı Bağlaması İşlemleri. *Kamu-İş Dergisi*, 2014, (3), c:13, 71-102.

Ceylan, H. (2015). Yaşlılık Ve Sosyal Hizmet. Ceylan (Ed.), *Modern Hayat Ve Yaşlılık* (ss. 69-70). Ankara: Nobel Akademi.

Ceylan, H. (2015). *Yaşlılık ve Refah Devleti*. İstanbul: Açılım.

Danış, Z., Efe, F. (2016). Aktif Yaşlanma. Kalıncara (Ed.), *Yaşlılık Disiplinleri Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler* (ss. 263-288). Ankara: Nobel.

Erol, C. (2015). “Refah Devletlerinin Yaşlanan Kentlerine Sosyal ve Mekansal Yeni Çözümler Arayışı: İsviçre Örneği”, *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Bursa, ss.64-72, 26-27 Kasım, 2015.



Gürboğa, C., Karakuş, B. (2015). “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Kurumsal Bakım İhtiyacı Tespit ve Öneriler”, *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Bursa, ss.76-92, 26-27 Kasım, 2015.

Güven, S. (2016). Evde Bakım Hizmeti Verme. Kalıncara (Ed.), *Yaşlılık Disiplinleri Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler 2* (ss. 297-298). Ankara: Nobel.

Güvenç, B. (1999). *İnsan ve Kültür*. İstanbul: Remzi.

Hablemitoğlu, Ş., Özmete, E. (2010). *Yaşlı Refahı, Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet*. Ankara: Kilit.

İçli, G. (2008). Yaşlılar ve Yetişkin Çocuklar, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008, (1), 29-38.

Kalıncara, V. (2014). *Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi*. Ankara: Nobel.

Karabudak, R. Parkinson Hastalığı. Türk Nöroloji Derneği.  
<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/parkinson%20hastalığı.pdf>  
Erişim Tarihi: 03/01/2017 21:30

Korkmaz, N., Yazıcı, S., (2014). *Küreselleşme ve Yaşlılık*. Ankara: Ütopya.

Kutsal, Y. (2005). Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları. *Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam* ss.17-18. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi; Ankara.

Kümbetoğlu, B. (2012). Nitel Araştırma. Tuna (Ed.), *Sosyolojiye Giriş* (ss.166-169). Ankara: Detay.

Milli Eğitim Bakanlığı, (2011). *Yaşlılık süreci*. Ankara: MEB.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*.2007; 10 (2), 100-108.

Oğuz, M. T. (2007). Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler, Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, ss.15- 47.

Schuman, H. ve J. Scott (1990). Generational Memories. *ISR Newsletter* 16(3):4-5.

Şahin, F., Yıldırım, Ş. (2015). Yaşlılık Ve Sosyal Hizmet. Ceylan (Ed.), *Modern Hayat Ve Yaşlılık* (ss. 55-75). Ankara: Nobel.

Şimşek, Z. (2001). Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Psikometrik Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2001, (12), 3-8.

Taneli, B. (2015). “Yaşlı Dostu Kentlerin Sağlıklı Yaşlılar ve Alzheimer Hastaları için Önemi”, *Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, Bursa, ss. 28-29, 26-27 Kasım, 2015.

Taşcı, F. (2010). “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere Örnekleri” *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2010, (1), 175-198.

Tufan, İ. (2002). *Antikçağ'dan Günümüze Yaşlılık*. İstanbul: Aykırı.

Tufan, İ. (2007). *Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu*. Antalya: Gero.

Tufan, İ. (2014). *Türkiye'de Yaşlılığın Yapısal Değişimi*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Tufan, İ. (2016). *Antikçağ'dan Günümüze Yaşlılık (Geliştirilmiş ikinci baskı)*. Ankara: Nobel.

Tuna, M. (2017). “Türkiye’de Ve Dünyada Yaşlanma”, Tufan (Ed.), (Yayınlanacak).

Weeks, J. R. (1996). *Population: An Introduction to Concepts and Issues*. Wadsworth Publishing Company: New York.

Türkiye İstatistik Kurumu 2016, Haber Bülteni.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24638> Erişim Tarihi: 20/02/2017  
20:38.

Türkiye İstatistik Kurumu 2016, Haber Bülteni.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509> Erişim Tarihi: 25/02/2017  
20:38.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,

<http://eyh.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/kuruluslarimiz-yasli/diger-huzurevleri> Erişim  
Tarihi: 25/02/2017 21:00.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanun-hukmunde-kararnameler/aile-ve-sosyal-politikalar-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname> Erişim Tarihi:  
25/02/2017 21:40.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, <http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi> Erişim Tarihi: 20/02/2017 19:30.

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Özden TENLİK

Doğum Yeri : Menteşe/ Muğla

Doğum Yılı : 20/09/1989

Medeni Hali : Bekar

### EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2003-2007 : Muğla Anadolu Lisesi

Lisans 2008-2012 : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi- Felsefe

Yabancı Dil : İngilizce

### İLETİŞİM BİLGİLERİ

e – mail: [ozden\\_tenlik@hotmail.com](mailto:ozden_tenlik@hotmail.com)

Cep tlf: 0506 558 98 95

### MESLEKİ BİLGİLER

2013-2015 : Muğla Özel Teknoloji Ve Kültür Koleji Felsefe Gr.Ve Rehber Öğrt.

2015-2016 : Özel Yücelen Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi Rehber Öğretmeni

2016-.. : Özel Yücelen Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi Müdür Yardımcısı.