

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLI BAKIMI VE ENGELLİ TURİZMİNDE  
TÜRKİYE UZUN YAŞAM KÖYLERİ ÇALIŞMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Didem SÖZERİ**

**Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Sedat BOSTAN**

**Bu araştırma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Birimi tarafından  
B2125 proje numarası ile desteklenmiştir.**

**ORDU-2023**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Didem SÖZERİ tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Sedat BOSTAN danışmanlığında yürütülen “**Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmde Türkiye Uzun Yaşam Köyleri Çalışması**” adlı bu tez, jürimiz tarafından .../.../20... tarihinde oybirliği ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında (İÖ) Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sedat BOSTAN

Başkan : ..... İmza  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : ..... İmza  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : ..... İmza  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
..... Üniversitesi

## ONAY

.../.../202.. tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../ 202.. tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../ 202..

Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN  
Enstitü Müdürü V.

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

İmza

Didem SÖZERİ

## TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesi, çalışmanın yürütülmesi ve yazımı esnasında başta danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sedat BOSTAN' a ve tez yazım aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, arkadaőlarıma teşekkür ederim.

Tüm anlarımda yanımda olup elimden tutan, hayatıma tat veren, hep destek olup beni cesaretlendiren, en güzel glen, en güzel seven, şimdi ise beni gökyüzünden izleyen canımın içi babam Haydar SÖZERİ 'ye teşekkür ederim.

Bu alıőma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Biriminin B2125 numaralı projesi ile desteklenmiştir.

Didem SÖZERİ

## ÖZET

### YAŞLI BAKIMI VE ENGELLİ TURİZMİNDE TÜRKİYE UZUN YAŞAM KÖYLERİ ÇALIŞMASI

**Amaç:** Yaşam standartlarının yükselmesi, teknolojik ilerlemeler ve küreselleşmeyle oluşan seyahat serbestliği ile turizm faaliyetlerine katılan kişi miktarının yükselmesi nedeniyle büyük bir pazar oluşmuştur. Gün geçtikçe ileri yaş ve engelli nüfusunun toplam nüfusa oranının artması sağlık turizminin ileri yaş ve engelli turizmi potansiyelinin yüksekliğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin ileri yaş ve engelli turizmüne dair durum değerlendirmesi yapmaktır. Mevcut durumu ortaya koyarak yapılan değerlendirme sonrasında yeni oluşacak teşviklerle birlikte Türkiye için turizm gelirine katkı sağlamak ve işgücü kapasitesini artırmak hedeflenmektedir.

**Gereç ve Yöntem:** Projemizde sektörün gelişimi açısından İstanbul, Antalya, Gaziantep, Balıkesir, İzmir, Van, Ordu ve Ankara illerinde bulunan huzurevi ve bakım merkezleri ziyaret edilerek durum değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmada nitel ve nicel yöntem birlikte kullanılarak karma yöntem uygulanmıştır.

İleri yaş ve engelli turizmi faaliyetlerini gerçekleştiren kurum yöneticisi, yatırımcısı ve çalışanlarıyla yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiştir. Kartopu örneklem yöntemi ile 16 görüşme sağlanmıştır. Görüşmeler Maxqda programı ile analiz edilmiş, kodlamalar yapılmış ve oluşturulan betimsel tablolar ile yorumlanmıştır.

İleri yaş ve engelli turizmüne katılan yaşlı ve engellilerin yaşamlarına yaptığı katkı, memnuniyet ve beklentileri iyi oluş hali (tatmin durumu) ölçeği ile nicel olarak ölçülmüştür. Kolayda örnekleme yöntemi ile toplam 206 kişiye iyi oluş hali ölçeği uygulanmıştır. Nicel veriler SPSS programı ile analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Nitel ve nicel yöntemlerle elde edilen bulgular üzerinden tez oluşturulmuştur.

**Bulgular:** Çalışmada bakımevlerinden hizmet alan yaşlı ve engellilerin %99,5'inin Türk vatandaşı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların iyi oluş hali ölçeği incelendiğinde genel tatmin düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre iyi oluş hali ölçeği ortalamasını daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. En yüksek tatmin oranına Ankara, en düşük tatmin orana ise Gaziantep ilinin sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşlara oranla tatmin durumu incelendiğinde en düşük 18-24 yaş aralığı, en yüksek oranın ise 45-54 yaş aralığı olduğu tespit edilmiştir. Mesleğe göre yapılan incelemede en yüksek tatmin oranına sahip memurlar çıkarken, en düşük oran ise öğrencilere aittir. Bakımevlerinde çalışanların %37,5'inin ileri yaş ve engelli turizmi kavramları hakkında, %50'sinin ise uzun yaşam köyleri hakkında bilgisi olmadığı tespit edilmiştir. Kavramlar ve uzun yaşam köyleri hakkında görüş sahibi olan katılımcıların ise verdikleri hizmetlerin ileri yaş ve engelli turizmi kapsamında olmadığını belirterek, sektörün gelişmesi için birçok öneride bulunduğu görülmektedir.

**Sonuç:** Mevcut durumda sunulan hizmetten genel memnuniyet sağlansa da Türkiye'de verilen yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin turizme ve uzun yaşam köyleri konseptine uygun olmadığı görülmektedir. Araştırmanın bulguları ışığında Türkiye'de oluşturulabilecek olan "Uzun Yaşam Köyleri" projesi hakkında görüş ve öneriler geliştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Turizm, Sağlık, Bakım Hizmetleri, İleri Yaş, Engelli

## ABSTRACT

### TURKEY LONG LIFE VILLAGES STUDY IN ELDERLY CARE AND DISABLED TOURISM

**Aim:** A large market has emerged due to the rise in living standards, technological advances and the freedom of travel created by globalization, and the increase in the amount of people participating in tourism activities. The increase in the ratio of the elderly and disabled population to the total population shows the high potential of health tourism for elderly and disabled tourism. The aim of this study is to evaluate the situation of tourism for the elderly and disabled in Turkey. It is aimed to contribute to the tourism income and increase the workforce capacity for Turkey with the new incentives that will be created after the evaluation made by revealing the current situation.

**Material and Method:** In terms of the development of the sector in our project, nursing homes and care centers in Istanbul, Antalya, Gaziantep, Balikesir, Izmir, Van, Ordu and Ankara were visited and the situation was evaluated. In the study, mixed method was applied by using qualitative and quantitative methods together.

Semi-structured interviews were conducted with the managers, investors and employees of the institution that performs tourism activities for the elderly and disabled. 16 interviews were conducted with the snowball sampling method. The interviews were analyzed with the Maxqda program, coded and interpreted with the descriptive tables created.

The contribution, satisfaction and expectations of the elderly and disabled people who participate in advanced age and disabled tourism were measured quantitatively with the well-being (satisfaction) scale. The well-being scale was applied to a total of 206 people with convenience sampling method. Quantitative data were analyzed and interpreted with the SPSS program. The thesis was formed on the findings obtained by qualitative and quantitative methods.

**Results:** In the study, it was determined that 99.5% of the elderly and disabled people who receive service from nursing homes are Turkish citizens. When the participants' well-being scale was examined, it was determined that the general satisfaction level was high. It was determined that female participants had a higher well-being scale average than male participants. It has been determined that Ankara has the highest satisfaction rate and Gaziantep has the lowest rate. Examining the satisfaction level by age, it was determined that the lowest rate was between the ages of 18-24 and the highest rate was between the ages of 45-54. In the examination made by profession, civil servants have the highest satisfaction rate, while the lowest rate belongs to students.

It has been determined that 37.5% of the workers in nursing homes have no knowledge of the concepts of advanced age and disabled tourism, and 50% of them do not know about long life villages. The participants, who have opinions about the concepts and long life villages, stated that the services they provide are not within the scope of tourism for the elderly and disabled, and it is seen that they made many suggestions for the development of the sector.

**Conclusions:** Although general satisfaction is provided with the service provided in the current situation, it is seen that the elderly and disabled care services provided in our country are not suitable for tourism and the concept of long life villages. In the light of the findings of the research, opinions and suggestions have been developed about the Long Life Villages project that can be created in Turkey.

**Key words:** Tourism, Health, Care Services, Advanced Age, Disabled

## İÇİNDEKİLER

<b>KAPAK</b> .....	I
<b>ONAY</b> .....	II
<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	III
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	IV
<b>ÖZET</b> .....	V
<b>ABSTRACT</b> .....	VI
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	XI
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	XII
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	XIV
<b>EKLER</b> .....	XV
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. Turizm Kavramı .....	3
2.2. Turizm Tarihçesi .....	3
2.3. Turizm Türleri, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi .....	5
2.4. Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Çeşitleri .....	5
2.4.1. Medikal Turizm .....	7
2.4.2. Termal Turizm .....	8
2.4.3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi .....	9
2.4.4. Spa & Wellnes Turizmi .....	9
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi .....	9
2.5.1. Hindistan .....	11
2.5.2. Tayland .....	12
2.5.3. Singapur .....	13

2.5.4. ABD.....	14
2.5.5. Malezya .....	14
2.5.6. Türkiye .....	15
2.6. Sağlık Turizminde Ekonomik Değerlendirme.....	18
2.7. Sağlık Turizminde Otelcilik Hizmetleri .....	21
2.8. Sağlık Turizminde Markalaşma .....	25
2.8.1. Marka ve Markalaşma Kavramı .....	25
2.8.2. Markalaşmanın Önemi ve Yararları .....	25
2.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı.....	26
2.9. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmanın Önemi .....	26
<b>3. İLERİ YAŞ VE ENGELLİ TURİZMİ.....</b>	<b>27</b>
3.1. Yaşlı Kavramı ve Yaşlı Turizmi .....	27
3.2. Yaşlı Bakımı Türleri.....	28
3.2.1. Sağlıklı Yaşlı Bakımı .....	29
3.2.2. Kronik Hastalıklara Sahip Yaşlı Bakımı .....	29
3.2.3. Rehabilitasyon ve Tedavi Öncelikli Yaşlı Bakımı .....	29
3.2.4. Palyatif (Terminal Dönem) Yaşlı Bakım.....	30
3.3. Dünya ve Türkiye’ de İleri Yaş Turizmi Pazarı .....	30
3.4. Engelli Kavramı ve Türleri.....	34
3.4.1. Ortopedik Engelliler .....	36
3.4.2. İşitme Engelliler .....	36
3.4.3. Görme Engelliler .....	36
3.4.5. Dil ve Konuşma Engelliler .....	36
3.4.6. Süreğen Hastalıklar.....	37
3.4.7. Zihinsel Engelliler .....	37



3.5. Dünya ve Türkiye’de Engelli Turizm Pazarı.....	37
3.6. Uzun Yaşam Köyleri (Longevty & Antiaging Village) .....	40
3.6.1. Örnek Yaşam Köyleri.....	42
<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>48</b>
4.1. Araştırmanın Evreni .....	48
4.2. Araştırmanın Örnekleme.....	48
4.3. Veri Toplama Aşaması .....	49
4.4. Kullanılan Yöntemler .....	52
4.5. Verilerin Analizi.....	54
4.5.1. Nicel Verilerin Analizi .....	54
4.5.2. Nitel Verilerin Analizi .....	56
<b>5. BULGULAR .....</b>	<b>58</b>
5.1. Nicel Bulgular .....	58
5.1.1. Demografik Veriler.....	58
5.1.2. Hipotezlerin Analiz Sonuçları .....	60
5.2. Nitel Bulgular .....	73
5.2.1. Demografik Veriler.....	76
<b>6. TARTIŞMA .....</b>	<b>111</b>
<b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>119</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>123</b>
<b>EK 1: Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı .....</b>	<b>135</b>
<b>EK 2: Enstitü Yönetim Kurulu Tez Başlığı Değişirme Kararı.....</b>	<b>136</b>
<b>EK 3: Etik Kurul Kararı .....</b>	<b>137</b>
<b>EK 4: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Veri Toplama İzni .....</b>	<b>138</b>
<b>EK 5: Yaşlı Bakımevi Hizmetlerinden İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu) Ölçeği.....</b>	<b>139</b>

<b>EK 6: Yaşlı Bakım Evleri Görüşme Formu .....</b>	<b>140</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>142</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b> Sağlık Ekonomisi Kapsamı (Williams, 1987) .....	20
<b>Şekil 3.1.</b> Yaş grubuna göre nüfus oranı 1935-2080 (TÜİK, 2022) .....	31
<b>Şekil 3.2.</b> Engelliler Sınıflandırması (Keskin, 2011).....	35
<b>Şekil 3.3.</b> Hughenden Gardens Village (Extracare, 2022).....	42
<b>Şekil 3.4.</b> RSL LifeCare ANZAC (Rslifecare, 2022) .....	43
<b>Şekil 3.5.</b> Earlsdon Park Village (Extracare, 2022).....	44
<b>Şekil 3.6.</b> Mt Eymard Retirement Village (Villages.com, 2022).....	44
<b>Şekil 3.7.</b> Extra Care Retirement Village (Extracare, 2022).....	45
<b>Şekil 3.8.</b> Nazilli Uzun Yaşam Köyü (Nazillihavadis, 2022) .....	46
<b>Şekil 5.1.</b> Kod Bulutu .....	73
<b>Şekil 5.2.</b> En Çok Kullanılan Kelimelere İlişkin Kelime Bulutu.....	76

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler .....	11
<b>Tablo 3.1.</b> Üçüncü Yaş Turizm Segmentinin Tüketici Davranış Modeli.....	28
<b>Tablo 3.2.</b> 2012-2016 Yılları Arasında Yaş Gruplarına Göre Türkiye'ye Gelen Ziyaretçi Sayısı.....	32
<b>Tablo 3.3.</b> Türkiye'ye Gelen 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ülkelere Göre Dağılımı ...	33
<b>Tablo 3.4.</b> Engelli Bireylerin Turizm Faaliyetlerine Katılımında Karşılaşmış Oldukları Sorunlar .....	38
<b>Tablo 4.1.</b> Yarı Yapılandırılmış Mülakat Çalışmasının Gerçekleştirildiği Kurumlar ve Mülakat Sayısı.....	50
<b>Tablo 4.2.</b> Anket çalışmasının gerçekleştirildiği kurumlar ve anket sayısı.....	51
<b>Tablo 4.3.</b> Ölçeğin Güvenilirlik Analizi.....	54
<b>Tablo 4.4.</b> Geçerlilik Analizi .....	55
<b>Tablo 4.5.</b> Açıklanan Varyans ve Toplam Faktör Yüklerin Değerleri .....	56
<b>Tablo 5.1.</b> Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri.....	58
<b>Tablo 5.2.</b> İyilik Hali ( Tatmin Durumu) Frekans Analizi .....	61
<b>Tablo 5.3.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Kurum Mülkiyetine Göre Değişimi .....	65
<b>Tablo 5.4.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının İllere Göre Değişimi.....	65
<b>Tablo 5.5.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Yaşa Göre Değişimi .....	68
<b>Tablo 5.6.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Cinsiyete Göre Değişimi .....	69
<b>Tablo 5.7.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Eğitime Göre Değişimi .....	70
<b>Tablo 5.8.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Bakımevinde Kalma Süresine Göre Değişimi .....	71
<b>Tablo 5.9.</b> İyilik Ölçeği Ortalamasının Mesleğine Göre Değişimi .....	72
<b>Tablo 5.10.</b> Ana Kod ve Alt Kod Bilgileri .....	74
<b>Tablo 5.11.</b> Mülakata Katılan Katılımcıların Demografik Bilgileri.....	77

<b>Tablo 5.12.</b> Kuruma Kabul Şartları Değerlendirme Tablosu .....	79
<b>Tablo 5.13.</b> Kurumda Sunulan Genel ve Sağlık Bakımı Hizmetleri Tablosu .....	83
<b>Tablo 5.14.</b> Kurumda Sunulan Rekreasyon Hizmetleri Tablosu.....	85
<b>Tablo 5.15.</b> Kurumda Misafirlerin Kalış Süresi Tablosu .....	88
<b>Tablo 5.16.</b> Mali Giderlerinin Kim Tarafından Karşılandığını Gösteren Tablo .....	89
<b>Tablo 5.17.</b> Hizmet Sonrası İletişimin Devamlılığının Değerlendirilmesi Tablosu..	92
<b>Tablo 5.18.</b> Yaşlı ve Engelli Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneriler Tablosu.....	94
<b>Tablo 5.19.</b> Yaşlı ve Engelli Turizmi Kavramı Bilinirlik ve Sundukları Hizmetle Karşılaştırma Tablosu .....	97
<b>Tablo 5.20.</b> Ülkemizin Yaşlı ve Engelli Turizmi Potansiyeli Değerlendirme Tablosu .....	99
<b>Tablo 5.21.</b> Yaşlı ve Engelli Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneri Tablosu.....	102
<b>Tablo 5.22.</b> Uzun Yaşam Köyleri Bilinirlik Değerlendirme Tablosu .....	106
<b>Tablo 5.23.</b> Uzun Yaşam Köyüne Yönelik Görüş ve Öneri Tablosu.....	108

## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>UNWTO</b>	:	Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
<b>SATURK</b>	:	Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurumu
<b>TUIK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>BOİB</b>	:	Özürllüler İdaresi Başkanlığı
<b>USHAŞ</b>	:	Uluslararası Sağlık Hizmeti A.Ş.
<b>TURSAB</b>	:	Türkiye Seyahat Acentaları Birliği
<b>TKHK</b>	:	Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun
<b>KOAH</b>	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>WHO</b>	:	World Health Organization
<b>MS</b>	:	Multiple Sclerosis
<b>MD</b>	:	Maskuler Dystrop
<b>CP</b>	:	Cerebral Palsy
<b>ABD</b>	:	Amerika Birleşik Devletleri
<b>FTR</b>	:	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
<b>YADES</b>	:	Yaşlı Destek Programı
<b>AB</b>	:	Avrupa Birliği
<b>HIV</b>	:	Human Immunodeficiency Virus

## **EKLER**

<b>EK 1:</b> Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı .....	135
<b>EK 2:</b> Enstitü Yönetim Kurulu Tez Başlığı Değişirme Kararı.....	136
<b>EK 3:</b> Etik Kurul Kararı .....	137
<b>EK 4:</b> Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Veri Toplama İzni .....	138
<b>EK 5:</b> Yaşlı Bakımevi Hizmetlerinden İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu) Ölçeği.....	139
<b>EK 6:</b> Yaşlı Bakım Evleri Görüşme Formu .....	140

## 1. GİRİŞ

Engelli ve yaşlı turistlerin bakım ve rehabilitasyon ihtiyaçlarını sağlamak amacıyla, geriatri konukevleri, klinik tedavi merkezleri ve bakımevlerinde, eğitimini tamamlamış sertifikalı personel tarafından yapılan uygulamaların hepsi yaşlı ve engelli turizmini oluşturmaktadır (Özer ve Songur, 2012). Yaşlı ve engellilerin bakım ihtiyaçlarını giderebilmek amaçlı, başka ülkelere seyahat gerçekleştirmeleri ise yaşlı ve engelli turizmini ifade eder (Özsarı ve Karatana, 2013).

Türkiye'nin iklimi, emekli ve yaşlılar için, özellikle bahar mevsimlerinde batı ve güney kıyılarında denizden yararlanabilmeleri açısından önemlidir. Türkiye sadece iklim olarak değil, ormanlık alan, bitki örtüsü, nüfus dağılımı, ulaşım, gerekse iskan şekli gibi çeşitli özellikleri büyük tesire sahiptir (Tengilimoğlu ve Işık, 2019).

İleri yaş kitlesinin turizm faaliyetleri düşünüldüğünde yalnızca deniz turizmi düşünülmemelidir. Türkiye'de yer altı zenginlikleri açısından sağlık turizmine olanak sağlayan kaplıcalar ve termal tesislerin yoğun olarak bulunması, özellikle ileri yaştaki insanların sorun yaşadığı romatizmal hastalıklar, akciğer hastalıkları gibi sağlık problemlerinin tedavilerine de imkan sağlar (Tengilimoğlu ve Işık, 2019).

Türkiye'nin sağlık turizmindeki güçlü yönleri arasında; uluslararası kurumlarca akreditasyonu olan hastanelerin var olması, sağlık hizmetleri için devlet desteğinin olması, birçok ülkeye göre fiyat avantajının bulunması vardır. Turizm imkanları içinde dinlenme, eğlence, kültürel faaliyetler gibi çeşitli seçeneklerinin olması, sağlık turizmi ile tatil turizminin birleştirilebilmesi ve ulaşım olanaklarının varlığı turizmin güçlü yönleri arasında yer almaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013).

Uzun yaşam köyleri orta yaş ve üstü kişilere hizmet sunmaktadır. Uzun yaşam köyleri doğal çevrede konaklama ve yaşam imkanı sağlayarak, ayrıcalıklı hizmet anlayışıyla uluslararası bir marka oluşturmayı hedefler (Karasu, 2008). Uzun yaşam köyleri, oranı artan yaşlı nüfusa ev sahipliği yapabilecek, bakım verebilecek seçeneklerden biri olarak kabul görür. Bu köyler nispeten yeni bir barınma şeklidir. Yaşlı nüfusun küçük fakat yükselen kısmı tarafından bu tarz bir yaşam talebi, uzun yaşam köylerinin geniş topluluklar için de geçerli bir alternatif yaşam tarzı sağlayacağını düşündürmektedir. Bu durumun özellikle alışık oldukları yaşam



kalitesini düşüren, değişen şartlar nedeniyle tercih eden yaşlı bireyler için geçerli olduğu söylenebilir (Grant, 2006) .

Uzun yaşam köylerinin amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Var olan hastalıkların tedavi edilmesi, ruhsal, bedensel rahatsızlıkların hafifletilmesi,
- Sağlık için kişilerin yaşamlarına yön vermelerine yardımcı olmak,
- Yaşlanmayı geciktirmek, hastalıkların oluşmasını engellemek amacıyla erkenden tedbir alınması,
- Sağlıklı ömrün uzatılarak yenilenmeyi ve gençleşmeyi sağlamak,
- Tüm sağlık ihtiyaçları için danışmana sahip olmalarını sağlamak,
- Rehabilitasyon, bakım hizmetleri sunarak yaşama bağlılıklarını arttırmak (Karasu, 2008).

Türkiye konumu, iklimi, kültürü, doğal kaynakları ve doğal güzellikleriyle turizmde dikkat çekici özelliklere sahiptir. Ancak yıllardır istenen seviyeye ulaşamamıştır. Bu çalışmadan beklenen katkı Türkiye için yaşlı ve engelli uzun yaşam köyleri uygulamalarına ilişkin durum değerlendirmesi yaparak yeni yatırımcıları teşvik etmektir. Sonucunda artan engelli ve yaşlı nüfusunun değerlendirilerek sağlık turizm gelir kaynağını yükseltmek ve işgücü kapasitesini artırmaktır. Bu amaçla yola çıkılan çalışmanın ikinci bölümünde turizm kavramı, çeşitleri, sağlık turizmi, sağlık turizminin dünya ve Türkiye'deki durumu, sağlık turizminde ekonomik değerlendirme, otelcilik hizmetleri ve markalaşmanın önemi hakkında bilgi verilmiş, üçüncü bölümde ileri yaş ve engelli turizmi özelinde literatür taramasına yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise araştırmanın metodolojisi anlatılmıştır.

Literatürde uzun yaşam köyleri hakkında çok çalışma bulunmamaktadır. Bu tez ile Türkiye ileri yaş ve engelli turizmine dair durum değerlendirmesi ve uzun yaşam köyleri hakkında öneriler literatüre kazandırılacaktır. Mevcut durumu ortaya koyarak yapılan değerlendirme sonrasında yeni oluşacak teşviklerle birlikte Türkiye için turizm gelirine katkı sağlamak ve işgücü kapasitesini artırmak hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Turizm Kavramı

Turizm konusundaki çalışmalarda asıl sorun, turizm gibi karmaşık bir sürecin tek tanım ile ifade edilmesinin zorluğudur. Turizmi tanımlayanların önem verdikleri unsurların, konuya bakış açılarının farklı oluşu tanımların çeşitlenmesine neden olmuştur (Aydın, 2012).

Turist, turistik ve turizm kavramını ilk olarak İngilizler kullanmıştır. Turizm, turist kelimesinden daha sonra 1800 yıllarında ortaya atılmıştır. Dilimize ise Fransızcadan gelmiştir. Dilimizde 'seyahat' kelimesi turizmi, 'seyyah' kelimesi turisti karşılamaktadır (Özdemir, 1992).

Turizmi gerçekleştiren yön veren insan turist olarak nitelendirilir. Turizmin öznesi, insandır. Turist, ticari kazanç dışı nedenlerle, geçici şekilde ikamet ettiği yerden ayrılarak konaklayan, seyahat eden, turizm faaliyetlerine katılan, psikolojik tatmin arayan, sınırlı zamanı ve sınırlı harcama gücüyle tüketimi yapan kişidir (Yağcı, 2003).

UNWTO (Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü)'ne için turizm, "Bir etkinlik amacıyla, bulunduğu ortamı dışında belirlediği bir noktaya bir süre boyunca seyahat eden kişinin gerçekleştirdiği faaliyetlerdir ve bu faaliyetler sonrasında ziyaret edilen yere gelir bırakılır. Bu seyahatler boş zaman rekreasyon ve tatil, arkadaş ve akraba ziyaretleri, sağlık tedavisi, iş ve meslek, hac ziyaretleri ve inanç gibi çok farklı sebepler olabilir." olarak tanımlanmıştır. UNWTO 2008 senesinde ise "Turizm insanların normal ikamet yerleri dışındaki yerleri hareketleri ile ilgili bir sosyal, kültürel, ekonomik olgudur." olarak tanımlanmıştır (Inkson ve Minnaert, 2012).

### 2.2. Turizm Tarihçesi

Turizmin faaliyetleri M.Ö. 4000 yıllarına yazının, paranın ve tekerleğin bulanmasına kadar uzanır. İlk gezginlerin, Finikeliler olduğu belirtilir. M.Ö. 3000 yıllarında, gezginlerin ilgisini en çok çeken piramitleri ve tapınakları nedeniyle Mısır olmuştur. Babil ve Eski Mısır krallığında, gezginler için bahçelerin, dinlenme, konaklama amacıyla evlerin inşa edildiği, yolların güvenlik altına alındığı bilinmektedir (Barutçugil, 1984). Eski Yunanlı kültüründeki olimpiyatlar, seyahat

olanakları oluşturmuştur. Katılım sağlayanların kasabalarda, yerleşim yerlerinde konaklayarak turizmin öncülüğünü oluşturmuşlardır (Bayer, 1992).

Milattan sonra 395 yılından başlayarak İstanbul'un fetih tarihine kadar olan sürede sağlık, eğlence ve zevk turizminde duraklama olmuştur. Artan Müslümanlık ve Hristiyanlığa bağlı din amaçlı turizm faaliyetleri de artmıştır (Acuner, 2006). Turizmin genel olarak ilkçağlarda sağlık, spor, ekonomi ve inanç olmak üzere dört ana gruptan oluştuğu görülmektedir (Barutçugil, 1984).

1453 yılında İstanbul' un fethinden başlayarak 1789 Fransız ihtilaline kadar olan süreçte ise Bizans bilginlerinin Roma'ya sığınmaları ve oradaki Romalıların Yunancayı öğrenmeleriyle antik kültüre karşı ilgi artmıştır. Bu durum ise Roma'daki antik kültürü görmek amacıyla gerçekleşen seyahatlerin artışına sebep olmuştur (Acuner, 2006). Ekonomik sebepli seyahatlerle birlikte kültürel seyahatler de artış göstermiştir. Bu tür geziler ise 'kültür turizmi' diye değerlendirilmektedir (Doğanay, 2001).

Fransız ihtilali süreci ile başlayan siyasal, ekonomik ve sosyal değişimler; burjuva sınıfının uzak ülkeleri gezmesiyle o dönemin turizm faaliyetlerini yüksek oranda etkilemiştir (Bayer, 1992).

Modern turizmin 1918-1920 yılları arasında, I. Dünya savaşının ardından başladığı kabul görmektedir. Bu süreçte turizm motel, otel, ulaşım araçları, yolları, konaklama tesisleri ve tüm altyapısıyla; eğlence, spor alanları, plajlar büyük bir sektöre dönüşmüştür (Evliyaoğlu, 1994).

Yaşam standartlarının yükselmesi, teknolojik ilerlemeler ve küreselleşmeyle oluşan seyahat serbestliği, turizm faaliyetlerine katılan kişi miktarının yükselmesini sağlamıştır (Milne ve Ateljevic, 2001). Ülke ekonomisine gelir kapısı olarak faaliyet göstermekte olan turizm, insanların seyahat hareketliliğini sağlayan bir sektördür. İnsanların yaşamları boyunca çeşitli sebeplerden birçok değişime uğrayarak, büyük çaplı seyahat hareketliliğinin olması turizm sektörünü endüstriye dönüştürmüştür ve gelişmesini sağlamıştır (Kaymaz, 2018).

### **2.3. Turizm Türleri, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi**

Turizmin kapsamlı aynı zamanda birbirine yakın konulardan varoluşu turizmin çeşitlendirilmesinin farklı şekilde yapılanmasına neden olmuştur. Bu nedenle kesin ayırım yapmak olanaksızdır (Ünüsân ve Sezgin, 2005).

Aşağıda son zamanlarda önemi ve tercih oranı artan turizm türleri sıralanmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020).

- Sağlık Turizmi
- Yat Turizmi
- Su Altı Dalış Turizmi
- İpekyolu Turizm
- Hava Sporları
- Golf Turizmi
- Dağcılık
- İnanç Turizmi
- Kuş Gözlemciliği
- Av Turizmi
- Kongre Turizmi
- Mağara Turizmi
- Yayla turizmi
- Kış Turizmi
- Akarsu-Rafting Turizmi

### **2.4. Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Çeşitleri**

Sağlık turizmi, ikamet ettiği yerin dışında konaklayarak sağlığını yeniden kazanmak ve sağlığını korumak amacıyla başka ülkeye seyahat eden kişilerin gerçekleştirdiği turizm türüdür (Kiremit, 2008).

Sağlık turizminin özellikleri;

- İş gücü ve teknik donanım önemlidir.
- Uluslararası standartlara uygun hizmet sunulması önemlidir.
- Hizmeti veren kurumlarda yabancı dil bilen personel bulundurmalıdır.
- Katma değeri yüksek, hasta/refakatçileri için farklı turizm türlerinin gelişmesini destekler.
- Oluşturulan hedef pazar devlet destekli, farklı dillerde pazarlama faaliyetleri gerektirir (Yalçın, 2006).

Genel turizmden sağlık turizmini ayıran özellikleri;

- Odağında “insan sağlığı” vardır.
- Ağırlıklı medikal turizm olarak da ifade edilir.
- Diğer sektörler düşünüldüğünde turizmin kendine has bir alanı vardır.
- Daha karmaşık kompleks bir yapıdır.
- Kişilerin memnuniyeti sağlamak için daha fazla çaba gerektirir.
- Düzenli plan, program gerektirir.
- Ekonomi yönünden değerlendirildiğinde sağlık turizmi en ön sırada yer alır.
- Sağlık turizmi için gelen turist daha fazla döviz bırakmaktadır.
- Hareket alanı çoğu zaman farklılık arz etmektedir.
- Hareket yönünü daha çok maliyet ve bekleme sırası belirlemektedir.
- Özellikle tıbbi teknoloji gerektirmektedir (Doğan ve Aslan, 2019).

Hastaları kendi ülkeleri haricinde sağlık hizmeti almaya yönlendiren etkenler şöyle sıralanmaktadır;

- Ulaşımın daha kolay olması,
- Kendi ikamet ettikleri yerlerde sağlık hizmetinin pahalı olması,
- Tatilde ya da iş seyahatinde sağlık hizmetine ihtiyaç duyulması,
- Nadir hastalıklarda kaliteli sağlık bakımının, daha uygun imkanlar ile olması,

- Yaşadıkları yerlerde yeterli sağlık kuruluşlarının olmaması,
- Yaşadıkları yerlerde çalışan hekimlerin mesleki donanımlarını tatmin edici bulmamaları,
- Aldıkları hizmetin duyulmaması için gizlilik istekleri,
- Başkalarının aldığı hizmet sonucu tavsiye etmeleri,
- Sağlık hizmeti bekleme süresinin kısa olmasıdır (Yalçın, 2006).

#### **2.4.1. Medikal Turizm**

Kişilerin cerrahi ya da tedavi amacıyla denizaşırı seyahatlerinin artması medikal turizmi ortaya çıkarmıştır. Bu durum hızlı bir şekilde tüm dünyada ilerlemektedir (İçöz, 2009).

Ülke dışından vatandaşların başka bir ülkeye tıbbi ve iyileştirme amacıyla sağlık hizmeti almak için konum değiştirerek seyahat etmesine medikal turizm denilmektedir (Aydın, 2014). Sağlık hizmeti almak için gelen turistlerin, herhangi bir kurumda sağlıkçılar tarafından yapılan organ nakilleri, estetik cerrahi, diş uygulamaları, kanser tedavileri, sağlık taramaları medikal turizmi içerir (Hasanov, 2018).

Bu turizm türü medikal bir işlem gerektirir. Tüm medikal turizm eylemleri aynı zamanda sağlık turizmi olgusu olmasına rağmen, her sağlık turizmi ise medikal turizm olmak zorunda değildir. Medikal turizmi ayıran madde ise turistlerin kendi hür iradeleri ve isteklerinden çok, ihtiyaçlarından ibaret bir sağlık turizmi çeşidi olmasıdır. Bu durumda medikal turist, kaplıca ya da wellness turisti gibi dinlenme veya sağlığını geliştirme amacından ziyade sağlık problemleri nedeniyle tıbbi müdahalelere gereksinim duyan kişi olarak tanımlanmaktadır (Yirik, 2014).

Küreselleşme sürecinde ülkeler arasında iş birliğinin sağlanması, seyahat yapabilme olanaklarının artması, ulaşımdaki zorlukların ortadan kaldırılması dünyada medikal turizmin öneminin günden güne artmasını sağlamıştır (Akbolat ve Gülçin-Deniz, 2017).

Medikal turizmin ortaya çıkma nedenleri farklılık göstermekle beraber gelişerek varlığını sürdürmektedir. Sektör, dünya genelinde fazla sayıda ülkenin dikkatini çekerek ekonomik bir değer oluşturmaktadır. Medikal turizm, ekonomik kalkınma ile

birlikte, uluslararası piyasalarda ÷lkeye pozitif bir izlenim yaratmaktadır. Medikal turizmi alternatif turizm seçeneği şeklinde kullanarak mevsimlere göre bölmek gibi seçenekleri değerlendirerek ÷lkeler, medikal turizme doğru yönelebilecekleri seçenekler oluşturmuştur (Muzaffar ve Hussain, 2007).

Dünyada medikal turizm sektöründe önde gelen ÷lkeler fiyat konusunda Hindistan ve Tayland; turistik sebepler dolayısıyla Singapur; ileri teknolojisiyle ABD, Almanya, Güney Kore, Tayland ve Kıbrıs; coğrafi konum sebebiyle de Malezya, İnan, Ürdün ve Brezilya'dır (Yüksel ve ark., 2017) .

#### **2.4.2. Termal Turizm**

İnsanlık tarihinde sıcak suyun önemli bir yeri vardır. Termal sular ilkel zamanlardan günümüze kadar yerleşim konumu seçiminde önemli kıstas olmuş ve kullanma suyu, içme suyu, şifalı su şeklinde bu kaynaklar kullanılmıştır (Öztürk ve Bayat, 2011). Doğal şekilde sıcaklığa sahip, yeryüzüne çıkan aynı zamanda faydalı mineraller ile zenginleşen şifalı çamur ve buharların, şifalı suların bulunduğu bölgelerde, konumuna özel iklim şartları ile gerçekleşen turizm türüne termal turizm denir (Öztürk ve Yazıcıoğlu, 2002).

Termal turizm kapsamında sağlanan buhar banyoları, içme kürleri, sıcak su, fizik tedavi ve klimaterapi en çok dikkat çeken hizmetlerdir. Termal turizmin asıl amacı doğal su kaynaklarının farklı özelliklerinden fayda sağlayarak bedene ve ruha ilişkin zindelik kazanılmasıdır (Bayer, 1992). Yeraltı kaynaklarının kullanıldığı tesislerin içlerinde sıcak sulardan oluşan havuz, banyo ve çamur odaları bulunur. Termal turizmiyle romatizmal hastalıklar, kas-eklem ağrıları ve kireçlenme gibi rahatsızlıkları tedavi edilmektedir (Baysal ve Çimen, 2018).

Şifalı sıcak suların kullanımı beş bin yıl kadar öncesine uzanmaktadır. Jeotermal kaynakların kullanımı, Astekler ve Kızılderililer tarafından iyileştirici ve mucizevi etkilere sahip olduğuna inanılmıştır. Tarihler boyunca insanlar bu suların temizlik, tedavi ve dinlendirici gibi özelliklerinden yararlanmıştır. Jeotermal kaynakların yaygın olarak yer aldığı ÷lkeler Avrupa' da (Orta, Doğu Güney Avrupa), Asya (Çin, Japonya, Ortadoğu, Türki Cumhuriyetler), Kuzey Afrika'da (Fas, Tunus) gibi ÷lkelerdir. Türkiye'nin de aralarında yer aldığı bu ÷lkelerde kaplıca tedavisinin geleneksel ve ampirik niteliği pek değişim göstermezken, Almanya, Fransa, Avusturya, İtalya,

Japonya, İsrail gibi ülkeler şifalı su ve kaplıca tedavisinde yüksek standartlara ulaşarak, çağdaş anlamda sağlıklı yaşam şehirleri oluşturmuştur (Özbek ve Özbek, 1999).

### **2.4.3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi**

Turistlere sertifikalı personel tarafından geriatri tedavi merkezleri, klinik konukevlerinde verilen bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine ileri yaş ve engelli turizmi denilebilir (Özer ve Songur, 2012).

Dünyada azımsanmayacak sayıda olan yaşlı ve engelli nüfusu, gerek kronik gerekse engellerine eşlik eden kalıtsal vb. diğer hastalıkların var olması tedavi ve bakım maliyetlerinin yükselmesine sebep olmaktadır. Yüksek maliyetler, uzun bekleme sıraları gibi çeşitli nedenlerden dolayı da bu gruptaki bireyler kendi ülkelerinden daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunan, aynı zamanda yaşam kalitelerini arttıran, fiziksel ve zihinsel dinlenmelerini sağlayan, güvenli bir şekilde turistik ve sosyal faaliyetlere katılabilmelerine olanak sunan sağlık turizminin bir segmenti olan ileri yaş ve engelli turizmi hareketliliğine dahil olmaktadır (Tengilimoğlu ve Tosun, 2020).

### **2.4.4. Spa & Wellnes Turizmi**

Spa ve wellnes turizmi, uzun yıllar boyunca yeraltı kaynaklarından çıkarılan sıcak ve minarel yönünden zengin suları barındıran tesislere tedavi olmak amacıyla yapılan seyahat ve konaklamayı içeren turizm türüdür. Bir başka tanımda spa & wellnes turizmi hastalık sonrasında rehabilitasyon sürecinde, kalıcı hasara neden olan rahatsızlıkların iyileştirilmesi hedefiyle spa ve kaplıca merkezlerinde yardımcı sağlık çalışanı ya da diğer yetkili çalışanlar tarafından gerçekleştirilen tedaviyi destekleyen uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Özer ve Songur, 2012).

## **2.5. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi**

2022 yılı Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü verilerine göre 1950 yılında 25 milyon olan turist sayısının 2019 yılında yaklaşık 1,5 milyara yükseldiği, 2020 yılında salgın nedeni ile 400 milyona düştüğü, 2021 yılında ise 415 milyona çıktığı



belirtilmektedir. Duruma göre dünyada ortalama her altı kişiden biri senede bir defa yurtdışına çıkmaktadır (Arı, 2022).

Türkiye Sağlık Vakfı ve Sağlık Derneği araştırmalarına göre Rönesans (14' den 17. yüzyıla kadar) sürecinde İngiltere ve Avrupa' da sadece kültür, sanatın yeniden doğuşuna neden olmadığı bu dönemde sağlık turizminde geliştiği kanısına varılmıştır (Dikmetaş Yardım ve ark., 2014).

Şimdi ise sağlık turizmi çağımızın en süratli gelişimini gösteren, kaliteli sağlık hizmet sunumunu kolaylaştıran, istihdam oranının artmasına fayda sağlayan, ekonomileri destekleyen bir hizmet sektörü haline gelmiştir (İştar, 2016). 21. yüzyılın ulaşım, teknoloji, gelir düzeyinin yükselişi sonucunda deneyimler kazanmak, kazanç elde etmek ya da daha sağlıklı olmak için turizm faaliyetleri artmıştır (Kara, 2020).

İnsanların sağlık hizmeti almak için ülke dışına çıkmalarının birçok nedeni bulunmaktadır. Sağlık turizminin oluşum sebebi olarak öne sürülen temel hipotez ise uzun bekleme süreleri ve yüksek maliyetler nedeniyle oluşan sağlık bakım hizmeti taleplerini karşılamaktır (Kara, 2020). Sağlık hizmetlerinde ülkelerin tercih edilmesindeki tek sebep sağlık hizmetinin kaliteli ve düşük maliyetli olması değil, coğrafi konumu ve ulaşılabilirliği de önemlidir. Bu nedenlerle Doğu Asya ülkeleri ön plana çıkmaktadır. Öne çıkan ilk üç ülkenin ortak özellikleri ise; ileri seviyede kalite standartlarının bulunması, ulaşımın kolaylığı, uzmanlık, teknolojik ve alt yapının yapısının yüksek olmasıdır (Gülmez, 2017).

Sağlık turizmi kapsamında tedavi merkezlerinin tercih edilme oranlarında anlam taşıyan unsurlar şu şekilde sıralanabilir;

- Fiyatta uygunluk
- Ulaşılabilirlik
- Hizmet ve bakım kalitesi
- Turistik özellikler
- Gizlilik
- İlave faydalar (Gülmez, 2017).

Sağlık turizminde yapılan harcamalar incelendiğinde; Avrupa’da 3,5 milyar Euro düzeyindeyken Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık 5,5 milyar dolar civarında harcama olduğu görülmektedir (Özer ve Songur, 2012).

Dünyada sağlık turizminin geliştiği bölgelere bakıldığında Orta Doğu, Kuzey Amerika ve Batı Avrupa olmak üzere üç merkezde yoğunlaştığı görülmektedir. Turistlerin ihtiyaçlarını karşılamak için gittikleri varış noktalarına bakıldığında ise Avrupa’dan en çok Hindistan, Malezya ve Tayland’ın tercih edildiği görülmektedir (Özer ve Songur, 2012).

Sağlık turizminde öne çıkan ülkeleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

**Tablo 2.1.** Sağlık Turizminde Öne Çıkan Ülkeler (Gülmez, 2017)

1. Hindistan	14. Belçika
2. Tayland	15. Birleşik Arap Emirlikleri
3. Singapur	16. Macaristan
4. ABD	17. Türkiye
5. Malezya	18. İsrail
6. Almanya	19. Çin
7. Meksika	20. Ürdün
8. Güney Afrika	21. İspanya
9. Brezilya	22. Güney Kore
10. Kosta Rica	23. Avustralya
11. Polonya	24. Tayvan
12. Filipinler	25. Küba
13. Arjantin	26. Tunus

### 2.5.1. Hindistan

5000 yıldır yoga ve antik tıp alanında köklü bir geçmişi bulunmaktadır. Yoganın varoluşundan tahmini 2500 yıl sonrasında Budizm’in ortaya atılması insan yönelimini arttırmış ve Hindistan’ın doğu kültüründe, manevi değerlerin ve tıbbi ilerlemenin

merkezi olmasına olanak sağlamıştır. Batının kliniksel tıbbi tedavi yöntemleri Hindistan'ın şifaya yönelik yöntemlerinin önüne geçse de 1960 yıllarında ABD'de "Yeni Çağ" başladığında ülkedeki hareketlilik ve bu etkiyle Hindistan tekrar sayıca binleri bulan Batılı sağlık turistini tercih ettiği şifa merkezi haline gelmiştir (Doğan, 2014).

Eskiden dünyanın en büyük alternatif tıp merkezi olan Hindistan günümüzde en popüler medikal turizm merkezleri içerisinde yer almaktadır (Akdu, 2009).

Hindistan, son yıllarda teknolojinin ileri seviyede kullanılması ve modern hastaneler kurulması konusunda kayda değer mesafe kat etmiştir. Bu hastaneler birçok alanda hizmet vermekte, birçok hastalığın tedavisi ve son teknolojik cihazlar kullanarak, eğitim süreçlerini yurtdışında görüp alanında uzmanlaşarak bilgi tecrübe birikimine sahip sağlık personeli bu alandaki kalitesinin sürekli yükselterek geliştirmektedir. Ülkede sağlık kurumlarını akreditasyon sürecine de titizlikle önem verilmekte kontrolleri yapan ve denetleyen üst kurullar bulunmaktadır (Gülmez, 2017).

Uygun fiyat olanakları ve tedaviye erişilebilirliğin ulaşım imkanlarının kolaylığı neticesinde bekleme süresinin olmaması, seyahatin ertesi gününde hastanın ameliyata alınıp tedaviye başlamasını mümkün kılmaktadır. Hindistan batılı turistler için egzotik olabilecek alternatif yöntemlerini de tedavi amaçlı kullanmaktadır (Gülmez, 2017).

Hindistan'ın sağlık amaçlı gelen ziyaretçi sayısını arttırmasındaki etkenlerden biri de kalp ameliyatı, kanser, diş, kozmetik tedavi, göz tedavileri, organ nakilleri, ortopedik operasyonlar, kanser ve infertilite tedavilerinde yüksek başarı oranına sahip olmasıdır. Hindistan, sağlık turizmi olgusuna özellikle son yıllarda önem vermiş olmasına rağmen, her yıl hastalardaki %30 oranında artışla sağlık turizmi alanında bir numara olmayı başarmıştır (Gülmez, 2017).

### **2.5.2. Tayland**

Cinsiyet değişim operasyonları ve peşinden gelen plastik cerrahideki ilerlemeler Tayland'ın 1970'lerin başında medikal turizmde tercih edilen bir destinasyon olmasına katkı sağlamıştır. İleri teknolojiye sahip olması, birçok ülkeye oranla düşük fiyat

avantajından dolayı önemli bir medikal turizm destinasyonu olarak ülkeler arasında yerini almıştır (Connell, 2006).

Tayland, sağlık turizminde diğer Asya ülkelerinden daha yüksek oranda hasta kabul etmekte olup iddialı ülkeler arasında bulunmaktadır. Organ nakli, kozmetik, diş, ortopedi, cerrahi müdahaleler ve kardiyoloji tedavileri için hastalar Tayland 'ı tercih etmektedir (Gülmez, 2017).

Tayland medikal turizmin popüler olmasının nedenleri arasında gelişmiş ülkelerdeki aksine bekleme sürelerinin kısa olması, tedavilerin maliyetlerinin düşük olması, hizmet sunucuları tarafından benimsenen bakım hizmetlerinin en yenilikçi teknolojiler ile yapılmasıdır. Aynı zamanda uygun fiyatlı uluslararası hava yollarına sahip olması da bir diğer nedendir. Bunları yapan acentelerin yaygınlaşması, günden güne yenilerinin açılması uluslararası hastalara ulaşmalarını hastaların ise hastanelerin fiyat ve hizmet bilgilerine kolayca erişmeleri sağlamıştır (Rerkrujipimal ve Assenov, 2011).

### **2.5.3. Singapur**

Alan olarak küçük bir yüz ölçümüne sahip olan Singapur, sağlık alanında ileri bir duruma gelmekle beraber Asya'da kaliteli sağlık hizmetini sunmayı başaran ülkelerden biridir. Singapur'un başta komşu ülkeler olmak üzere Orta Doğu'dan son yıllarda büyük oranda sağlık turizmi için gelen ziyaretçileri bulunmaktadır. Endonezya, Malezya, Güney Asya, Çin, Orta Doğu, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Avrupa Ülkelerindeki hastalar sağlık turizmi için Singapur'u tercih etmektedir. Ayrıca temizlik konusunda ileri olmaları tercih edilmelerinde öncelik sağlamıştır. Singapur'un tercih edilme sebeplerinden bir tanesi de cerrahi tedavi fiyatlarının ABD ve Avrupa ülkelerine kıyasla daha uygun olmasıdır (Gülmez, 2017).

Kalitesi, güvenilir olması ve uluslararası akreditasyonlara sahip tedavi merkezleri ile ön planda olan Singapur Asya medikal turizminde önemli bir yere sahip destinasyonlardan birisidir. Singapur yönetimi, medikal turizm sektörünü günden güne büyüyen yeni bir alan olarak tanıtmıştır ve sektöre destek vermeye devam edileceğini beyan etmiştir (Heung ve ark., 2011).

Orta Doğu'da bulunan Birleşik Arap Emirlikleri gibi bazı devletlerle sağlık hizmetleri sunulması konusunda devlet seviyesinde anlaşmalar yapılmıştır. Bu anlaşmalar sonucunda Singapur, sağlık sektörüne yatırım yapmayı amaçlayan ülke dışından yatırımcılar için tercih edilir hale gelmiştir (Heung ve ark., 2011).

#### **2.5.4. ABD**

Amerika'da sağlık turizmiyle ilgili olarak üç konu değişiklik göstermektedir. Bunlar artan uluslararası akreditasyon talebi, sağlık turizmi giderlerinin sigorta kapsamında karşılanması ve sağlık amaçlı yapılan seyahatlerin onaylanmış hastanelerle sınırlı kalmamasıdır. Bu konudaki diğer düzenlemeler ile medikal turizmin kalitesinin takibinin kontrol altında alınabileceği ön görülmektedir (Zhang ve ark., 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sigorta kapsamı düşük ve sigortası bulunmayan Amerikan vatandaşları sağlık hizmetlerinden faydalanmak için Singapur ve Hindistan'ı tercih ederken her yıl binlerce kişi de tedavi amaçlı ABD'ye gelmektedir. ABD' ye tedavi amaçlı giden hastaların üçte bir oranından fazlası Ortadoğu bölgesinden gelmektedir. Yabancı hastalara yönelik uyguladığı politika kapsamında bir yandan ülkeye sağlık turistini çekmeyi amaçlarken bir yandan da farklı ülkelerde sağlık alt yapısı kurarak hizmetlerini hastalara götürmektedir. Güney Kore'de kurulma aşamasında bir hastane buna verilebilecek örneklerden biridir (Aydın ve Yılmaz, 2010).

ABD' de sağlık turizmi kapsamında en büyük gelir, Arap hastalardan gelmektedir. Amerikan hastalara oranla iki katı tedavi ücretleri talep edilmekte ve ücretlerin Arap hastalar tarafından karşılanması konusunda herhangi bir sorun yaşanmamaktadır. (Gülmez, 2017).

#### **2.5.5. Malezya**

Malezya 'da sağlık turizmi kavramı 1998 yılında ilk kez tanımlanmıştır. Sağlık turizmini geliştirmek için devlet yetkilileri, Malezya Sağlık Tesisi Geliştirme Ulusal Komitesi'ni kurmuştur. Sağlık tesislerini ve altyapının avantajlı yönlerini tanıtmayı Malezya öncelikli hedef olarak belirtmiştir. Bununla beraber yönetim Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sanat ve Turizm Bakanlığı Kültür Bakanlığı ve Milletler

ile Sanayi Arası Ticaret Bakanlığı (MITI) olmak üzere üç bakanlığın katkılarıyla medikal turizmi yurtdışında da tanıtımını sağlamıştır (Khairunnisaa ve Hatta, 2017).

Tıbbi hizmetler, dini faktör, parasal değer ve destekleyici olarak yapılan hizmetler yurtdışından gelen hastaların Malezya'daki özel hastaneleri tercih etmelerindeki faktörlerin öncelikli olanlarıdır (Musa ve ark., 2012) .

Malezya'yı tıbbi amaçlı ziyaret eden turistlerin yaklaşık üçte iki oranında Endonezya'dan olmak üzere geri kalanı Hindistan, Orta Doğu ülkeleri, Japonya, Çin, Avustralya, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık gibi ülkelerdir. Malezya'nın medikal turizmde gelişmekte olan diğer pazarları, Afrika ülkeleri ve Bangladeş'tir (Zahari ve ark., 2017).

Malezya Özel Hastaneler Birliği'nin verilerine göre (APHM) yakın tarihlerde Asya ülkeleriyle Pakistan ve Bangladeş'ten gelen turistlere sunulan hizmet sonrası hedef grup genişletilerek Japonya, Singapur, Ortadoğu ülkeleri eklenmiştir. Avrupa ülkeleri fiyat düşüklüğü avantajından faydalanmaktadır. Fiyat düşüklüğünün yanı sıra hizmet kalitesinin artıları da tercih sebebidir. Malezya sağlık turizmini uzun vadeli geliştirmek amacıyla bakanlık bünyesinde ayrı bir birim kuran nadir ülkelerdendir. Sağlık turizmi endüstrisinin gelişmesi için yurtdışı tanıtım faaliyetleri yapılmaktadır. Gümrük işlemlerinin hızlandırılması, vize almada kolaylık sağlanması, devletlerarası iş birliği çalışmaları yürütülmektedir. Uluslararası akreditasyonu olan özel sektör hastaneleri yurtdışından gelen sağlık turistlerine hizmet sunmaktadır. Bu hastanelerde hizmet veren doktorların ve sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı uluslararası eğitim görmüş ve İngilizce bilenlerden oluşmaktadır. Bazıları ise uluslararası çalışmalara katılmıştır (Gülmez, 2017).

#### **2.5.6. Türkiye**

Türkiye dünya turizm sektöründe dikkate değer bir paya sahiptir. Alt yapı hizmetleri, sağlık sektöründeki gelişmeler, yetişmiş kaliteli hizmet personeli, uygun fiyat avantajı, devletin bu konudaki destekleri, doğal zenginlikleri, tarihi yapısı, iklim koşullarının eşsizliği ve Türklerin misafirperverliğinin birleşmesi sayesinde sağlık turizmi alanından günden güne daha fazla pay elde etmektedir (Aydın ve ark., 2011).

Türkiye’ye yurtdışından gelen turistlerin sayısı, turizm sektöründeki gücünü ve birçok açıdan sektörün kalitesini gösteren önemli bir veridir. Doğal güzelliklerinin korunmuş olması, iklimi, tarihi zenginlikleri, konukseverliği, genç nüfusa sahip olmasının verdiği dinamik yapı, doğu ve batı kültürünün sentezi oluşu güçlü yanlarındandır. Aynı zamanda ulaşım konusundaki olanaklar, özellikle Akdeniz bölgesindeki tesislerin kalitesi, aktifliği ve yat turizmine uygun oluşu, ekonomik gelişmelere bağlı sektördeki değişimlere ayak uydurabilmesi Türkiye’nin turizm sektöründeki güçlü yanlarından bazılarıdır (Kostak, 2007).

Türkiye’de birçok Asya ülkesinde olduğu gibi gelişmiş sağlık alanları var olup batı ülkelerine kıyasla oldukça uygundur. Amerikan vatandaşlarının Türkiye’yi sağlık turizmi açısından tercih etmelerinin nedeni tedavi masraflarının uygunluğudur. Türk doktorlarını tıbbi alandaki başarıları dünya çapında izlenmektedir. Yakın zamanda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yapılan yüz ve kol naklinde başarılı sonuç alınmış olup Antalya sağlık turizmi alanında önemli bir destinasyon olmuştur. Türkiye’ye gelen turistlerin sağlık turizmi ve tatil turizmi için kıyaslandığında medikal turizmde kişi başına düşen harcama sağlık turizmine oranla yaklaşık dört kat daha fazladır. 2008-2016 yılları arasında 2015 yılına kadar Türkiye’ye yurtdışından gelen hasta sayısında düzenli bir artış olmuştur. 2015 yılında ise %20 oranında bir düşüş yaşanmıştır. 2016 yılında ise %8’lik bir azalma olmuştur. Bu azalmanın sebebi olarak terör olayları, bölgesel olaylar ve eksik veriler gösterilmektedir (Gülmez, 2017).

Almanya, Fransa, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya, Kanada, İsviçre İngiltere, Japonya yaşlı nüfusu fazla olan ülkelerdir ve yoğun olarak birçoğu Türkiye’ye tedavi amacıyla turist yollar. Bu sebeple ülkeye giren yaşlı nüfusun artmasıyla ileri yaş turizm pazarının giderek yaygınlaşması Türkiye’ye üzerinde araştırmaların yapılmasını zorunlu kılar (Kılıçlar ve ark., 2017).

Türkiye’ye hasta gönderen ülkeler;

- Türk nüfusunu çok fazla barındıran ülkeler (Hollanda, Almanya, Fransa gibi),
- Uzun bekleme süresi olan ülkeler, arz talep dengesinde oluşan yetersizlik nedeniyle (İngiltere, Hollanda ve Kanada gibi),
- Sigortaların kapsamadığı hizmetler ve sağlık hizmetinin fiyatı yüksek olduğu ülkeler (Amerika, İngiltere, Almanya gibi),

- Gelişmekte olan ülkeler, hekim yetersizliği ve altyapı sebebiyle sorun yaşayan ülkeler (Orta Asya'daki Türk Cumhuriyeti, Balkan Ülkeleri gibi),

- Anlaşmalar çerçevesinde Türkiye'ye ücretsiz hasta gönderen ülkeler ( Aydın ve ark.,2011).

2015 yılında Türkiye'ye gelen ilk on ülke sırasıyla Almanya, Azerbaycan, Irak, Libya, Suriye, Türkmenistan, İngiltere, Rusya, Hollanda, Suudi Arabistan gelmektedir. Gelen hastaların %52'si turist sağlığı, %48'i medikal turizm için ziyaret etmişlerdir. Medikal turizm için Libya'dan en çok hasta gelirken turist sağlığı için Almanya'dan gelmiştir. Sadece medikal turizm kapsamında değerlendirildiğinde, 2015 yılında en çok hasta kabul eden klinik göz hastalıkları olmuştur. Sonrasında ise kadın hastalıkları ve doğum klinikleri gelmiştir. Bunun yanında medikal turizm verileri göz önüne alındığında üroloji ve onkoloji ilk sıralarda yer almaktadır (Gülmez, 2017).

Genel olarak Türkiye'de sunulan medikal hizmetler;

- Göz ameliyatları
- Tüp bebek uygulamaları
- Kalp ve Damar Hastalıkları
- Estetik ve Plastik Operasyonlar
- Diş ameliyatlarıdır (Şahbaz ve ark., 2012).

Türkiye'nin sağlık turizmindeki güçlü yönleri arasında; uluslararası kurumlarca akreditasyonu olan hastanelerin var olması, sağlık hizmetleri için devlet desteğinin olması, birçok ülkeye göre fiyat avantajının olması ve turizm amaçlı dinlenme, eğlence, kültürel imkanların fazla olması sebebiyle sağlık turizmi ile tatil turizminin birleştirilebilmesi, ulaşım olanaklarının varlığı yer almaktadır.

Türkiye'nin sağlık turizmindeki zayıf yönleri arasında ise; yurtdışında yeterli tanıtım ve reklamın yapılmamış olması, markalaşma yönünde eksikliklerinin bulunması, devlet destekleri ile ilgili hastalara yeterli bilgilendirilmenin yapılmıyor olması, sağlık turizmi alanında rekabet içinde olunan gelişmekte olan ülkelere kıyasla fiyat avantajı sunulamaması, bazı yasal boşlukların varlığı bulunmaktadır. Türkiye'nin



turizm gelirleri geçmiş yıllara göre iyi rakamlara ulaşmış olsa da mevcut potansiyelinin karşılığı değildir. Türkiye'nin imkanlarını etkili bir biçimde kullanarak sağlık turizminde tercih edilen bir destinasyon olması olasıdır. Bunun için diğer ülkeler ile rekabet etmek gerekmektedir. Rekabet edebilecek güçte olmak için öncelikli olarak kısa ve uzun vadeli planlamalar yapılmalıdır. Pazarlama stratejileri, reklam çalışmalarına önem verilmelidir. Sağlık turizmi ile ilgili reklamlar uluslararası düzeyde yapılmalı ülkeler ile karşılıklı anlaşmalar yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarının yabancı dil öğrenmeleri konusunda teşvik edilmez. Sağlık kuruluşları ve turizm sektörü bu alanda koordineli bir şekilde çalışmalıdır (Gülmez, 2017).

## **2.6.Sağlık Turizminde Ekonomik Değerlendirme**

Sağlık ekonomisinin gelişimi incelendiğinde bir bilim dalı olarak kabul edilmesi ve devam eden sürece bakıldığında bu gelişim son yirmi yılın ürünü olduğu görülmektedir. 1950 yıllarında ABD' de tıp fakültelerinde verilen eğitimlerde sağlık ekonomisi konusunun ders olarak kabul görmesiyle sağlık ekonomisinin gelişim süreci başlamıştır (Mutlu ve Işık, 2012) .

Sağlık ekonomisinin gelişimi, 1958 yılında S.J. Mushkin tarafından kaleme alınan 'Toward a Defination of Health Economics' başlıklı çalışması ile başlamıştır. Bu çalışmayla sağlık ekonomisi olgusunu tanımlayıp açıklamaya çalışmıştır (Mushkin, 1958). Mushkin makalesinde, sağlık alanında fiyat ve piyasa gibi terimlere değinerek, sağlık harcamalarındaki ve maliyetin yükselmesi konusunda, teknolojik kullanımın artmasına değinmiştir. (Tatar, 2009).

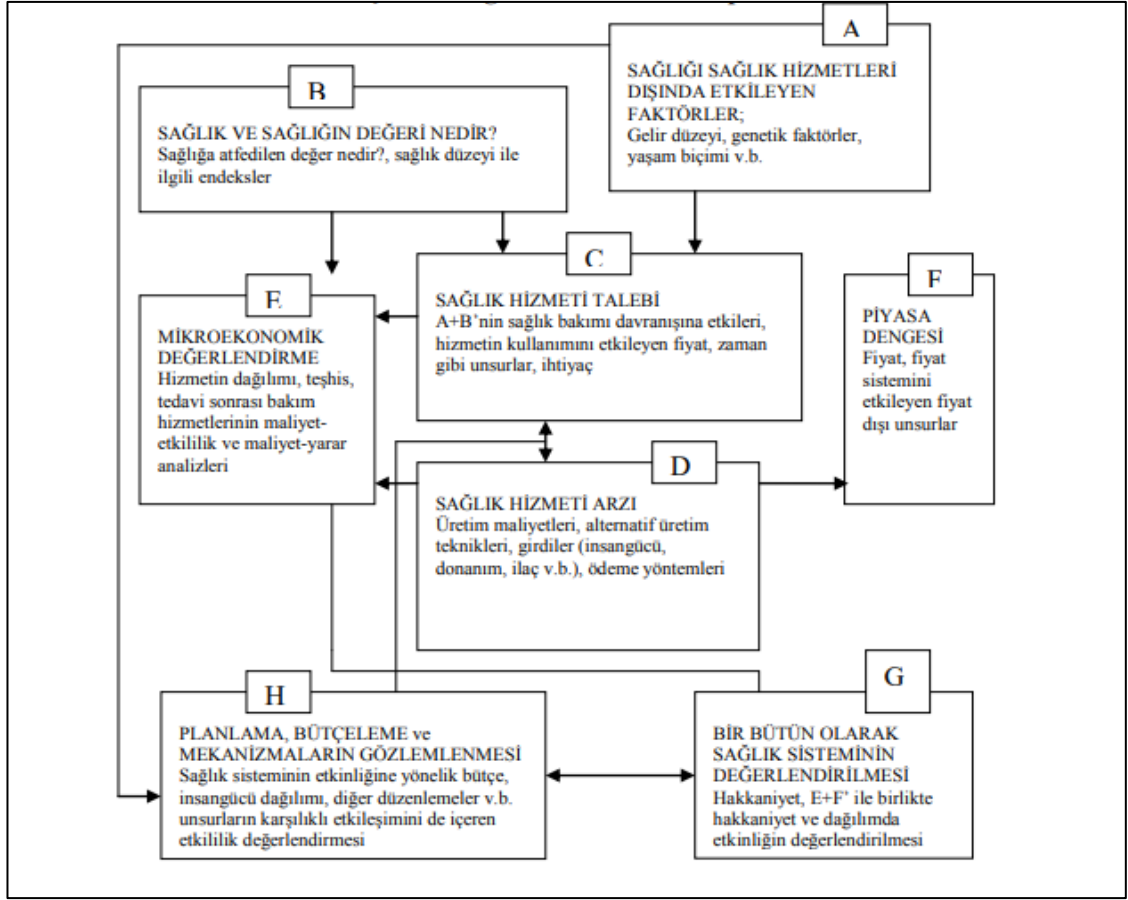
Sağlık ekonomisi incelendiğinde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, çevresel, davranışsal veya tıbbi nedenlerle araştırılması ve geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunan ekonomi biliminin alt disiplini olduğu görülmektedir (Filiz, 2010).

1980 yılı itibariyle sağlık harcamaları niteliğinde yapılan giderler ani ve devamlı bir yükseliş gerçekleşmiştir. İktisadi bilimlerin alt dallarından biri olan sağlık ekonomisinin büyümesinde en büyük etken bu sağlık kaynaklarındaki kullanımın artmış olmasıdır Bu yükseliş sebebiyle var olan kaynaklar yönetimi, nereye aktarılacağı, kullanım şekli ve çözüme kavuşturulacağı noktasında dikkatleri toplamıştır. Aslında sağlık ekonomisinin amacı hastaların karar alıp verme süreçlerinde

yardımcı olmayı amaçlamakta, tüketilen kaynaklar için kanıtlı ve kayıtlı datalar sunmayı hedeflemektedir (Tatar, 2009).

Bir bütün olarak ele alındığında bu süreç sağlık ekonomisinin iktisat biliminin ayrı bir uygulama alanı olarak ortaya çıkmasına ve giderek önem kazanmasına neden olmuştur. Genel olarak sağlık ekonomisi, ekonomi alanındaki tüm kavram ve teorileri, sağlık hizmetindeki ilgili tüm faaliyetlere ve kurumlara uygulanmayı ifade eder. Bu yüzden sağlık hizmetiyle alakalı faaliyetlerin gerçekleştiği alanda kaynakların dağıtılması ve yönetilmesi, sağlık hizmeti veren kurumların organizasyonu, sağlık hizmetleri finansmanı, yasal düzenlemeler, iktisadi sonuçlar doğuran toplum ve bireylerin sağlığı hakkındaki düzenlemeler, sağlık politikalarının oluşması ile sonuçlarının değerlendirilmesi, sağlık ekonomisinin başlıca ilgi alanlarını var ettiğini söylenebilir (Çalışkan, 2008).

Çoğu alanda olduğu üzere, sağlık ekonomisinde de kesin sınırlarla bir çalışma alanı belirlemek olanaksızdır. Şekil 1’de görüldüğü gibi sağlık ekonomisinin ilk dört alanı (A, B, C, D) sağlık sektörü yapısını bir bütün olarak dinamiğini anlamayı ve incelemeyi sağlayan temel unsurları oluşturmaktadır. Dışarıya yayılmış olan diğer alanlar (E, F, G, H) ise ağırlıklı olarak sağlık ekonomisinin uygulama birimlerini oluşturmaktadır (Çalışkan, 2008) .



**Şekil 2.1.** Sağlık Ekonomisi Kapsamı (Williams, 1987)

Sağlık sektörünün gayri safi milli hasıladaki payı, artış gösteren finansal değerler, sağlık için yapılan harcamalardaki artış, sağlık sektörünün kaynak tüketimindeki en ön sıralarda olması, ekonomi ile ilgili kesimin bu sektöre yönelmesinin nedenleri içinde yer almıştır (Dürrü, 2012).

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TURSAB) 2014 verilerinde Türkiye'ye gelen sağlık turistlerinden elde edilen hasta başına gelir 2.000 dolar ile 12.000 dolar oranlarında değişmektedir. Sağlık turizminde kazanılan gelir 2,5 milyon dolarken 2023 yılında ise iki milyon uluslararası hasta ile 20 / 25 milyar dolar gelir hedeflenmektedir (TURSAB, 2014).

USHAŞ'ın paylaştığı verilere göre: "2019 yılında sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında Türkiye'de 701.046 hasta sağlık hizmeti almıştır. Sağlık ve tıbbi nedenlerle gelen yabancı ziyaretçi ve yurt dışında ikamet eden vatandaş

ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri 2019 yılında 1.492.438 bin ABD Doları tutarında gerçekleşmiştir. 2020 yılında yaşanan küresel salgın sebebiyle sağlık turisti sayısında gözle görülür bir azalma meydana gelmiştir. 407 bin 423 hasta, sağlık hizmeti almak için Türkiye’yi tercih etmiştir. Sağlık turizmi ve tıbbi nedenlerle gelen yabancı ziyaretçi ve yurt dışında ikamet eden vatandaş ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri, 2020 yılında 1.164.779 bin dolara gerilemiştir. 2021 yılında 670.730 kişi sağlık hizmeti almış ve buradan elde edilen gelir 1.726.973 bin ABD doları tutarında gerçekleşmiştir. 2022 yılının ilk üç çeyreğinde ise toplam 876.521 kişi sağlık hizmeti almak için ülkemize gelmiş ve buradan elde edilen gelir 1.603.479 bin ABD doları tutarında gerçekleşmiştir.” (USHAŞ, 2022).

Sağlık turizmindeki ekonomik etkinliği artırmak amacıyla, hükümet sistem ile ilgili esaslı bir değişime ihtiyaç duymaktadır. Türkiye’de yapılan sağlık reformlarının iki temel amacı bulunmaktadır. Reformun amaçlarından ilki, yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak, diğeri ise sunulan bu hizmetin sürdürülebilirliğini sağlayarak, kaynak teminini oluşturabilmek için sağlık harcamalarında ekonomik girdi oluşturmaktır. Bu yöndeki gelişmeler ulusal ve uluslararası hedefler olarak iki yönlü olarak belirlenmiştir. Birinci hedef ışığında devlet kendi vatandaşlarının gerekli ihtiyaçları doğrultusunda en kaliteli sağlık hizmetini vermek, ikinci hedef doğrultusunda ise hem verdiği sağlık hizmeti karşılığında sigorta üzerinden belirli oranlarda kaynak oluşturmayı, hem de yabancı hastaları kabul sağlayarak uluslararası standartlarda bir hizmet sunumu ile büyük oranda ekonomik girdi elde etmeyi amaçlamaktadır. Bu durumda yurtdışı, yabancı hastaları oluşturan turizm türü sağlık turizmi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple sağlık turizmi ticari bir alan olup ülke ekonomisinde önemli rol oynamaktadır (Burtan ve Aslan, 2019).

## **2.7. Sağlık Turizminde Otelcilik Hizmetleri**

Sağlık sektöründe otelcilik hizmetleri ilk kez 1800’lü yıllarda başlamıştır. Florence Nightingale’in hastanın yatağının hijyenik olması, yemeklerin hastalara uygun olması, çamaşırların temizliği için çamaşırhanelerin bulunması ve bunların sürekliliği ve temini için depoların bulunmasını hastanelerde zorunluluk olarak görmüştür. Bununla birlikte hijyenik hastanelerin kurulmasına öncülük etmiştir (Aktaş, 2007).

Sağlık hizmeti sunan farklı tesisler bulunmaktadır, fakat en kapsamlı kapasiteye sahip olanlar hastanelerin olduğu söylenebilir (Yerebakan, 2000). Hizmet işletmesi olan hastanelerin yataklı hizmet vermesi sebebiyle sadece sağlık hizmeti değil yanında otelcilik hizmetlerinin verilmesini gerektirmektedir. Hastanelerin tıbbi fonksiyonu ihmal edildiğinde verilen yiyecek, konaklama hizmetlerinin otelden farklı olmadığı söylenebilir. Genelde hastanelerin otelcilik tarafları değil, daha çok medikal üstünlükleri üzerinde konuşulmuştur (Sevin, 1998).

“Sağlık otelciliği hizmetleri Türkiye’deki medikal turizmin yeni bir boyuta taşınmasındaki aracı rolü nedeniyle önemlidir. Özellikle eski sağlığını yeniden elde etmek veya sağlığını korumak isteyen insanların tıbbi tedavi almak ve turistik ortamlardan yararlanmak amacıyla yaptıkları seyahatlerin artmasıyla birlikte, medikal turizm pazarından daha fazla pay almak isteyen hastanelerinde daha kaliteli sağlık hizmetleri sunma arayışına girdikleri görülmektedir. Bu konuda önemli bir başarı sağlayan özel statüdeki hastaneler yanında, 2012 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı tüm sağlık tesislerinin belli standartları uygulanması zorunlu hale gelmiştir. Bu uygulama ile sağlık hizmeti performansı ya da kaliteli sunum adeta güvence altına alınmıştır” (TKHK, 2014).

2014 yılı Sağlık Bakanlığı, Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberi hazırlanmıştır. Rehberde planlanan konulardan bahsedilmiştir (Kozak ve Gülenç, 2017).

Rehberde belirtilen 13 hizmet kategorisi;

- Atık Yönetimi
- Danışma ve Karşılama
- Çamaşırhane
- Personel
- Yemekhane
- Hasta Kabul
- Güvenlik
- Terzilik

- Hasta Numune Taşıma
- Din hizmetleri
- Bahçe Otopark
- Temizlik
- Kantin Kafeterya olarak belirlenmiştir (TKHK, 2014).

Hastanelerde çalışan personelin işlemleri, personel ya da insan kaynakları yönetimi birimleri tarafından mevzuata uygun yürütülmektedir. Genellikle bu bölümde personelin işe alınmasından itibaren, çeşitli sebeplerle ilişkisinin kesilmesine kadar tüm özlük işleri ile ilgili kayıtları işlenmekte, personel hakkında oluşturulan kanun-kararname, yönetmelik gibi yürütme kararlarının uygulanması sağlanmakta, personelin hak ve sorumlulukları takip etmektedir. Ayrıca, her personel için dosya oluşturularak atama, terfi, tayin, disiplin, istifa, rotasyon, ölüm, izin ve emeklilik işlemleri, ücretlendirme, nöbet çizelgelerinin hazırlanması vb. işlemler de yapılmaktadır (Özdemir ve Tengilimoğlu, 2013) .

Danışma, karşılama/yönlendirme hizmetleri, hastaneye başvuran; hasta, hasta yakını ve çalışanların, güler yüzlü ve doğru iletişim yöntemi ile karşılayarak, doğru bilgi akışı ve yönlendirmelerin sağlanması, gerekirse refakat edilerek hizmet almalarının kolaylaştırılması amacıyla hastane yönetiminin oluşturduğu kurallar bünyesinde yürütülen hizmetlerdir (TKHK, 2014).

Hastanelerde sunulan diğer bir otelcilik hizmeti, ayaktan hastaneye başvuru sağlayan ve yatan hasta kabulü, taburculuk, veri giriş/çıkış işlemlerinin hızlı, doğru ve bilgi güvenliği temeline dayanarak yerine getirildiği hasta kabul (veri giriş) hizmetleridir (TKHK, 2014).

Hastane ortamından oluşabilecek enfeksiyonları önlemek; hasta, hasta yakını ve çalışanlar için daha sağlıklı bir ortam sağlamak doğrultusunda uyulması gereken temizlik kuralları ve riskli alan tanımlamaları sağlık tesisinin tüm sınırları çerçevesinde temizlik faaliyetlerini kapsayan temizlik hizmetleri de önemli bir otelcilik hizmeti olarak ele alınmaktadır (TKHK, 2014).

Hastanelerde temizlik hizmetinin önemli bir boyutu da atıklardır. Atık yönetimi hizmetleri, hastanelerde üretilen tüm atıkların hasta, hasta yakınları ve çalışanların

sağlığına engel teşkil etmeyecek şekilde ve çevreye zarar vermeden özelliklerine göre ayrı olarak toplanarak, bölüm içerisinde taşınması, geçici süreliğine depolanması ve ilgili kurumlara teslimi süreçlerinde uyulması gereken kuralları oluşturur (TKHK, 2014).

Çamaşırhane hizmetleri hastanelerde kullanılmış, yıkanabilir tüm tekstil/mefruşat ve koruyucu malzemeler vb. uygun kurallarda toplanıp taşınarak, uygun yöntemlerle steril edilip yıkanması, dezenfekte edilerek temizlenmesi, ütülenmesi ve paketlenerek birimlere geri dağıtılması; hasta, hasta yakını, ziyaretçileri ve sağlık tesisi çalışanlarının, hastane enfeksiyonlarından koruyarak, hijyen sağlanmasını içeren hizmetlerdir (TKHK, 2014).

Hastane yönetiminin gerekli bulunduğu tekstil malzemelerinin uygun ölçülerde kesimi, tamiri ve dikimi gibi hizmetleri de terzilik hizmetleri olarak verilmektedir (TKHK, 2014).

Hastaneler tarafından verilmekte olan yemekhane hizmetleri, yiyeceklerin yıkanarak hazırlanması, pişirilmesi, sonrasında düzgün saklama koşullarıyla taşınması, hasta, hasta yakını ve çalışanlara dağıtımı, boşların toplanıp uygun koşullarda yıkanarak tekrar servise hazır hale getirilmesi ile ilgili tüm güvenli uygulamaları sağlayan hizmetlerdir (TKHK, 2014).

Hastanelerden hizmet alan hasta, hasta yakınları ve çalışanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla uygun ortamda hazırlanmış ürünleri sağlıklı ve kaliteli sunmak amacıyla kantin/kafeterya hizmetleri de sunulmaktadır (TKHK, 2014).

Güvenlik hizmetleri, tüm teknik ve fiziki olanakları kullanarak, hasta-hasta yakınları ve çalışanların hastane girişinden çıkışına kadar can, mal güvenliği ve huzurunun sağlanması, hastane demirbaşlarının koruyarak denetim ve kontrol yapma hizmetlerini içermektedir. Ayrıca, hasta taşıma hizmetleri ve numune taşıma hizmetlerinin de bu bağlamda ele alındığı dikkat çekmektedir (TKHK, 2014).

Hastane bünyesi içerisinde vefat etmiş olan tüm kişilerin belirli bir süre için uygun koşullarda muhafaza edilip korunması, gerek görülürse yıkanarak cenazenin yakınlarına verilmesi, gerekli resmi işlemleri sağlayarak ve defin işlemine uygun hale getirilmesi için yapılan gerekli işlemlerin yürütüldüğü hizmetler ise din hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (TKHK, 2014).

Hastanelerde sunulan bazı bahçe hizmetleri; peyzaj, düzenleme çalışmalarının yapılması, gerekli sayıda oturma ve dinlenme sahaları oluşturularak, bahçede güvenliği tehdit eden zararlılar ile mücadele edilmesi, yeterli aydınlatma ve yönlendirme hizmetlerinin sağlanması olarak sıralanmaktadır. Rehberde yer alan son kategori ise otopark hizmetleridir. Bu bağlamda, yeterli hasta ve personel için otopark alanları oluşturularak aydınlatılması, aracı yönlendirme ve trafik levhalarının yönüne doğru konumlandırılması ve taşıt trafiği ile yaya trafiğinin birbirinden ayrılması hizmetlerine yer verilmektedir (TKHK, 2014).

## **2.8. Sağlık Turizminde Markalaşma**

### **2.8.1. Marka ve Markalaşma Kavramı**

Marka kavramı, farklı alanlarda, uzmanlar tarafından farklı olarak tanımlanmıştır. İngilizcede, marka kelimesi “brand” anlamına gelmektedir. Kelime köken olarak “brandr” ise Kuzey İskandinav dilinden gelip, damgalamak ve yakmak anlamını taşımaktadır (İnanç ve Yacan, 2018).

Marka ürünün kalitesini, ürün garantisini temsil ederek, ürünlerin tüketiciler açısından farklılaştırılması için bir araç olarak kabul edilir. Herhangi bir markayı kabullenmek için, üreticinin veya satıcının markayı tüketicilerin hayatına yerleştirmesi gerekir (Pralea, 2011). Marka ürünün kimliği, markalaşma ise sürecin ifadesidir. Markalaşma aynı zamanda farklılaşma anlamına da gelmektedir (İnanç ve Yacan, 2018).

### **2.8.2. Markalaşmanın Önemi ve Yararları**

Marka tüketicilerin bilgiyi işleme ve güven duyması açısından yönlendiricidir. Ürünün görsel kimliği ya da adı ürünü tanımlamanın çok ötesinde anlam taşımaktadır (Uztuğ, 2008). Kurumlar marka ile daha sağlam, daha güvenilir imaj verildiğini belirtmektedir. Dolayısıyla marka kurumun dış yüzünü tanımlamaktadır. Marka kurumu rakiplerinden ayıran kartvizit özelliği taşımaktadır. Tüketiciler ise markaya bakarak aldığı ürün veya hizmetin değerini belirlemektedir (Zimmermann ve ark., 2001).



### **2.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Marka Kavramı**

Sağlık hizmetinde markalaşma ve rekabet üstünlüğünü korumak, sürdürülebilirliği sağlamak için kullanılan yeni bir terimdir. Artık hastaların hastane seçimi bir kurumun diğerlerinden daha kaliteli olmasına bağlıdır (Greenawalt, 2001).

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin görünmez nitelikte olması, teknik bilginin bulunması nedeniyle hizmet kalitesi ve güvenilirliğin ancak deneyimlendikten sonra anlaşılır. Teknik bilgilerin yoğun kullanılması nedeni ile sağlık sektöründe hizmet alan kişilerin karşılaştırma yapması zor olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kuruluşların markalaşmayla kaliteli hizmet verdiği algısı oluşturması gerekmektedir (Apaydın, 2009).

### **2.9. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşmanın Önemi**

Markalaşmanın amacı sunulan ürün ya da hizmetin farklı özellikleriyle tüketicilerin duygusal ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağını ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumların markalarını geliştirmeden önce, kendileri için en önemli şeyi belirlemelidir. Sağlık hizmetinde marka, hizmeti kullananlara kalitenin ilk ve en önemli bir olgu olduğunu ifade etmektir (Greenawalt, 2001).

Markalaşma kavramı pazarlamada olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da yenidir. Diğer kuruluşlara göre sağlık hizmeti kuruluşları bu pazarlama yaklaşımlarını daha çok benimsemiştir ve kendi pazarlama faaliyetlerinde kullanmaya başlamışlardır (Tengilimoğlu ve Işık, 2019).

Marka değeri sağlık işletmelerine dört nedenden dolayı avantaj sağlamaktadır. Bunlar;

- Marka bağlılığının artması ve satın alma davranışının tekrarlanmasıyla pazarlama maliyetlerini azaltır.
- Marka değerinin yükselmesi ile ilave ürünler yapmak kolaylaşır ve markanın büyütülme girişimini kolaylaştırır.
- Kurumu rakiplerine karşı savunma pozisyonuna getirmek amacıyla metot sunarken büyük giriş engellerine yol açar.
- Kurumun pazardaki değerini artırır (Bohrer, 2007).

### 3. İLERİ YAŞ VE ENGELLİ TURİZMİ

#### 3.1. Yaşlı Kavramı ve Yaşlı Turizmi

Dünya Sağlık Örgütü 85 yaş ve üzerini çok yaşlı 65 yaş ve üstünü yaşlı olarak tanımlamıştır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılığı kendi içinde kronolojik olarak sınıflandırmıştır. 65 yaş kronolojik olarak sınırdır.

- 65-74 yaş grubu genç yaşlılık
- 75-84 yaş grubu yaşlılık
- 85 yaş ve üstü grup ise ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır.

Literatürde 3. yaş turizmi, “geriatri turizmi”, “yaşlı bakımı turizmi”, “3. yaş baharı turizmi” ve “yaşlı turizmi” gibi kavramlarla ifade edilmektedir (Aydemir ve Kılıç, 2017). 65 yaş üzeri bireylerin toplam nüfusa oranladığımızdaki artışın gözlemlenmesi o ülke nüfusunun giderek yaşlanması anlamına gelir (Çataloğlu, 2018). Bir ülkenin yaşlı nüfusundaki artış o ülkenin gelişmişlik düzeyini olumlu yönde etkilemesine rağmen, yaşam sürelerinin uzaması ve emeklilik sebeplerinde ötürü bakıma muhtaç insan sayısındaki artış olması olumsuz yönde etkiler. Bu sebeple ekonomik açıdan bakıldığında sektöre yük gibi görünen kısım, giderek artış göstererek ileri yaş turizm pazarını meydana getirmiştir (Dedeoğlu, 2021).

Evrensel olarak bakıldığında yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusundaki artış, bu grubun başvurdukları hizmetlerde, seyahatlerinde kişisel tercihlerde, hizmet sunumunda değişimi doğurmuştur. Üçüncü yaş turistlerin özelliklerine bakıldığında tercih ettikleri hizmetler, motivasyonları ve maddi olanakları ile heterojen grup oldukları görülmektedir. Yaşam süreçlerinde zaman problemleri olmayan ileri yaş turistler, daha ekonomik ücretle daha geniş tatil olanaklarına sahiptir (European Commission Enterprise And Industry Directorate-General, 2014).

Yaşlı turistler seyahat gerçekleştirdikleri yerlerde genellikle paket programları daha çok tercih ederken, hava şartlarını ılıman iklimlerini de göz önünde bulundurarak hijyen ve rahatlığa önem verirler. Bu gruplar güvene ve sadakate daha çok ihtiyaç

duyduğundan genellikle sürekli seyahat ettikleri ve memnun kaldıkları yerleri tercih ettiklerinden bu sektörde reklam ve pazarlama düşük bir statüye sahiptir (Nikitina ve Vorontsova, 2015).

**Tablo 3.1.** Üçüncü Yaş Turizm Segmentinin Tüketici Davranış Modeli (Nikitina ve Vorontsova, 2015)

	<i>Yaşlılık ve Emekliliğin Muhtemel Sonuçları</i>	<i>Tüketici Davranışlarındaki İhtiyaç ve Değişiklikler</i>
<i>Sağlık</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık bozuklukları (duyma veya görme kaybı ya da uyku bozuklukları)</li><li>• Kronik rahatsızlıklarda artış, demans hastalıkları, engellilik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İlaç ve ekipman ihtiyacı</li><li>• Koruyucu sağlık (diyet takviyeleri ve medikal ilaçlar, bakım ürünleri)</li><li>• Medikal hizmetler (evde bakım hizmeti, hastaneler, alışveriş merkezleri, evler, pansiyonlar)</li><li>• Ayakkabı ve gerekli diğer malzemelerin giydirilmesinde destek</li><li>• Ev hizmetleri</li></ul>
<i>Sosyal hayat</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emeklilik veya işi bırakma nedeniyle alışılmış çevreden uzaklaşma</li><li>• İletişim eksikliği</li><li>• Yalnızlık</li><li>• Emeklilikle birlikte gelen boş zaman artışı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Boş zaman faaliyetler: sağlık için spor salonları, kültürel etkinlikler, kurslar, gönüllülük çalışmaları, hobiler, bahçecilik, el işleri, koleksiyonculuk, balıkçılık vs.</li></ul>
<i>Finansal durum</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gelir azalışı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiyata duyarlılık, biriktirim yapma ve rasyonel satın alma davranışı</li></ul>

Üçüncü yaş turizminde ileri yaştaki turistlerin seyahat kriterlerin başında ekonomik sosyo-kültürel faktörler bulunmaktadır. Bilgi yetersizliği, dil bilmemek, seyahat sigortası sorunları, ulaşım problemleri, tesislerin eksikliği, yaşa göre uygulanan ayrımcı tutumlar, acil durumlarda bakım alanında oluşabilecek problemler, psikolojik ve sosyolojik faktörler de hizmet alanları etkilemektedir (Aydemir ve Kılıç, 2017).

### 3.2. Yaşlı Bakımı Türleri

Yaşlıların hepsi aynı şartlara sahip değildir ve onlara eşlik eden hastalıklar, fiziksel farklılıklar mevcuttur. Bu yüzden yaşlı bakımı birkaç başlık altında değerlendirilebilir. Bunlar:

- Sağlıklı yaşlı bakımı
- Kronik hastalılara sahip yaşlı bakımı

- Rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşlı bakımı
- Palyatif (termal dönem) yaşlı bakımı olarak değerlendirilir.

### **3.2.1. Sağlıklı Yaşlı Bakımı**

Bulaşıcı hastalığı olmayan, kendine bakabilen, akıl ve ruh sağlığı yerinde, alkol, uyuşturucu bağımlılığı olmayan yaşlılar bu grupta değerlendirilmektedir. Yaşamsal faaliyetlerine herhangi bir hastalık nedeni ile engel oluşmamış ama motive amaçlı veya bulunduğu ortamdan uzaklaşma isteği olan Kuzey Avrupa, ABD ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş üzeri yaşlı grubudur. Bu kitle genel olarak emekli, ekonomik durumu iyi ve ayakta tedavi olabilen kişileri içerir. Bu grubun hedeflendiği tesislerde sosyal faaliyetler olmalıdır. Alışveriş, yürüyüş, eğlence, küçük tarım yapabilecekleri alan ve fiziksel aktivite alanları oluşturulmalıdır (Tontuş, 2017).

### **3.2.2. Kronik Hastalıklara Sahip Yaşlı Bakımı**

Önemli kısmı bulaşıcı olmayan hastalıklardan, kronik rahatsızlığa sahip yaşlılar bu gruptadır. Örnek verilecek olursa diyabet, KOAH, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, demans ve anksiyete kronik hastalıklar arasında yer alır. Bu grup hastalara hizmet veren tesislerde yaşlı bakım teknikerleri, hemşire, fizyoterapist en az bir dahiliye uzmanı ya da geriatri uzmanı hekiminin olması gerekmektedir. Aynı zamanda laboratuvar hizmeti de verilmelidir. Diyabeti olan hastaların düzenli olarak kontrolü sağlanmalıdır (Tontuş, 2017).

### **3.2.3. Rehabilitasyon ve Tedavi Öncelikli Yaşlı Bakımı**

Bu grup oldukça hassas olup daha önceden geçirilmiş olan tıbbi müdahale sebebiyle veya hastalıkları nedeniyle bu hizmete ihtiyaç duyarlar. Bu amaçla kurulan tesisler hastane hizmetide sunmalıdır. Protez, bypass, kalp hastalıkları, inme vb. operasyonlar sonrasında uzun süreli rehabilitasyon ve sağlık hizmeti sunulur. Bu grupta da yaşlı bakım teknikerlerinin yanında hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, FTR uzmanı, iç hastalıkları uzmanı ya da geriatri uzmanı çalışmalıdır. Aynı zamanda temel laboratuvar, radyoloji hizmetleri de vermelidir. Bu tesislerin genelde termal bölgelerde kurulması ya da yakın olması tercih edilir (Tontuş, 2017).

### **3.2.4. Palyatif (Terminal Dönem) Yaşlı Bakım**

Bu bakım hizmeti çok hızlı bir şekilde gelişmektedir. Bunun sebebi ise yaşamı tehlikede olan ve tedavisi olmayan hastalara tedavi ve bakım hizmetlerinin ihtiyaç duyulmasıdır. Terminal dönem hastalarına hizmet sağlarken sadece fiziksel sorunların giderilmesine yönelik değil aynı zamanda bireyin sosyal ihtiyaçlarına yönelik bakım hizmetleri de dahildir. Kişinin ihtiyaçlarının ruhsal boyutu da önceden bilinip dikkat edilerek bütüncül olarak yorumlanmalıdır. Palyatif bakıma ihtiyacı olan hastalara bu bakım hemşireler ve pratisyen hekimler tarafından sağlanır. Yine bu tesislerde de yaşlı bakım teknikerlerinin yanında hemşire, sosyal hizmetler uzmanı, fizyoterapist, din adamları, psikolog ve FTR uzmanı, dahiliye uzmanı, tercihen geriatri uzmanı çalışmalıdır (Tontuş, 2017).

### **3.3. Dünya ve Türkiye' de İleri Yaş Turizmi Pazarı**

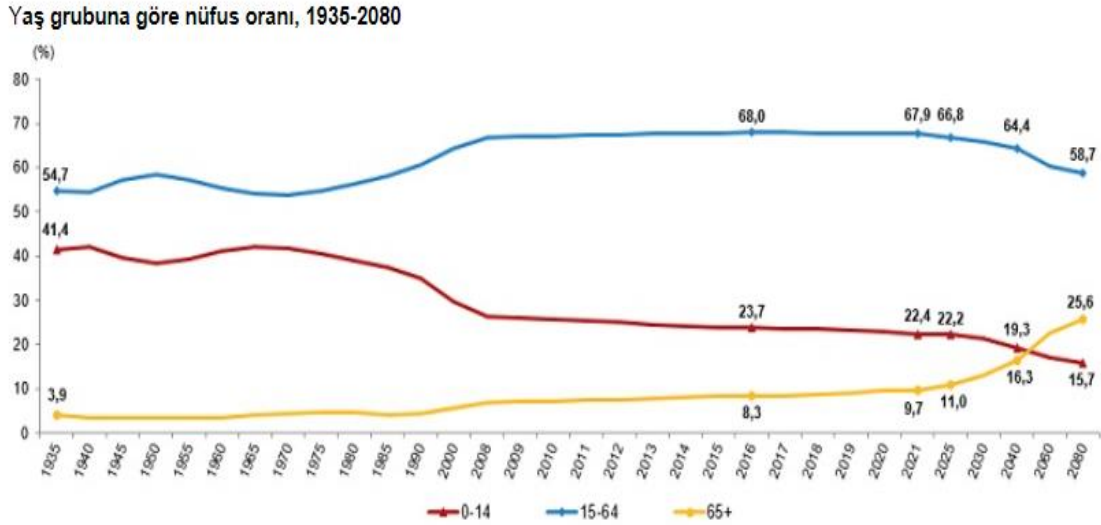
Genel olarak sağlık turizminde yaşlıların ne boyutta etkisinin olduğu bilinmemektedir. Ancak yaşlılık döneminde daha sık görülen kalp damar hastalıklarının, kanserin, kronik hastalıkların, fonksiyonel yetersizliklerin ve kemik erimesine bağlı patolojik kırıkların tedavisinin sağlık turizmindeki boyutları tahmin edilebilmektedir (Bölüktaş, 2020).

İleri yaş grubunun uluslararası turizm hareketine bakıldığında, seyahat etme eğiliminin yüksek olduğu saptanmaktadır. 2013 yılı verilerine göre AB ülkelerinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin %47'si turistik amaçlı seyahatler gerçekleştirmiştir. Bu grubun büyük bir kısmı ise ülke içinde seyahat tercih etmiştir. Yurtdışına gidenler ise en çok Akdeniz iklimine sahip ülkelere (İspanya ve Yunanistan) yönelmişlerdir (Bölüktaş, 2020).

Sayısal olarak bakıldığında dünya üzerinde 2017 yılı itibariyle 678 milyon yaşlı vardır. Nüfusun yaşlanması 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren yaşanmıştır. Toplumları, ülkeleri, kuruluşları, bilim insanlarını harekete geçiren ise bu durumun artarak devam edecek olmasıdır. Tahminler 21. yüzyılın ilk çeyreği tamamlanmadan dünya genelinde 1 milyar yaşlı olacağı yönündedir (Türkiye Kalkınma Bakanlığı, 2017).

2019 yılı için dünyada yaşlı nüfusun 703.711.487 olarak tahmin edildi. Dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlılardır. Birleşmiş Milletler verilerine göre yaşlı nüfus oranı yaklaşık iki kat artış gösterdi. Yaşlı nüfusun toplam nüfusteki payı; çok gelişmiş ülkelerde % 18, daha az gelişmiş ülkelerde % 7, en az gelişmiş ülkelerde ise %4'tür (Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü, 2020).

TÜİK verilerine göre Türkiye’de “Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2021 yılında %44,3'ünü erkek nüfus, %55,7'sini kadın nüfus oluşturdu. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü.” (TÜİK, 2022).



Şekil 3.1. Yaş grubuna göre nüfus oranı 1935-2080 (TÜİK, 2022)

En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülkeye bakıldığında ilk sırada %34,3 ile Monako, ikinci sırada %28,8 ile Japonya, %22,8 ile İtalya görülmektedir. Türkiye yaşlı nüfus oranının yüksekliği açısından 167 ülke arasında 68. sırada bulunmaktadır. Bu oranının en fazla olduğu il, 2021 yılında %20,1 ile Sinop'tur. %19,2 ile Kastamonu,

%17,8 ile Artvin Sinop’u izlemektedir. Yaşlı nüfusunun en düşük olduğu iller ise %3,5 ile Şırnak, %3,9 ile Hakkari, %4,0 ile Şanlıurfa’dır (TÜİK, 2022).

Türkiye’ de Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı ile termal turizm, medikal turizm ve ileri yaş turizmiyle rekabet gücünün artırılması planlanmıştır. Yaşlı turizmde 150.000 yabancı turist ile 750 milyon dolar gelir hedeflendi (Türkiye Kalkınma Bakanlığı, 2013).

Dünyanın birçok yerinden kolay erişim imkanı konumunda olan Türkiye, orta doğu, Avrupa ve Rusya için elverişli bir noktadadır. Coğrafi konumun yanı sıra diğer ülkelerle karşılaştırıldığında düşük maliyetle, kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve alanında nitelikli sağlık personelleriyle ileri yaş turizmde önemli bir konumdadır.

**Tablo 3.2.** 2012-2016 Yılları Arasında Yaş Gruplarına Göre Türkiye’ye Gelen Ziyaretçi Sayısı (Kılıçlar ve ark., 2017)

<i>Yaş Grubu</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
15-24	3.944.994	4.269.882	4.384.909	4.563.374	3.320.000
25-44	14.472.587	15.884.334	17.599.689	18.340.617	13.966.813
45-64	9.536.448	9.911.460	10.472.970	10.660.881	8.309.236
65 ve üstü	2.349.499	2.365.092	2.573.730	2.279.614	1.558.389
Toplam	30.303.528	32.430.771	35.031.296	35.844.486*	27.154.438*

Tablo 3.2’de 2012 ve 2016 yılları arasında Türkiye’ye gelen farklı yaş gruplarındaki turist sayıları görülmektedir. Tablo incelendiğinde Türkiye’ye 65 yaş ve üstü grubundan en fazla 2014 yılında ziyaretçi geldiği görülmektedir. 2015 senesinde bu kategoride gelen turist sayısı toplam turist sayısının %6,3’ünü, 2016 yılında ise %5,73’ünü oluşturmaktadır (Kılıçlar ve ark., 2017).

**Tablo 3.3.** Türkiye'ye Gelen 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ülkelere Göre Dağılımı (Kılıçlar ve ark., 2017).

Yaş	Ülke	2012	Toplam Gelen	2013	Toplam Gelen	2014	Toplam Gelen	2015	Toplam Gelen	2016	Toplam Gelen
65+	ABD	170059	714398	156533	739494	155628	740755	139996	755461	818993	438581
	Afrika Ülkeleri	8753	527781	12845	599575	13537	692480	11121	687824	9803	501640
	Almanya	603506	4224978	569014	4193042	591714	4349969	586080	4724787	397687	3300838
	Amerika Ülkeleri	23268	170056	29418	227118	30445	209562	30137	64042	15987	168726
	Avustralya	33410	156540	45418	180692	41504	193033	52878	224566	23477	96972
	Avusturya	38095	400706	32067	396921	42430	408021	25574	394607	13336	256253
	Azerbaycan	7922	523486	9574	568474	16482	590321	13955	548579	10623	541990
	Batı Asya Ülkeleri	25671	1053894	19286	1280151	28549	1617012	35701	1914673	30401	1528993
	Bağımsız Dev. Top.	6319	822251	10188	938399	10929	1084427	13091	1072077	12068	777379
	Belçika	58946	462201	58623	480149	64614	499674	51562	458168	26361	313677
	Bulgaristan	68979	1406392	60061	1491433	85577	1609660	42101	1751766	44933	1598103
	Danimarka	29746	284393	40831	350081	46467	336711	45125	344933	34206	24392
	Diğer Avrupa Ülk.	32660	990570	40356	1075917	44421	1210258	35203	1284671	19907	980075
	Diğer Ülkeler	8049	207007	13303	22412	8545	266058	13755	291928	5064	206367
	Doğu Asya Ülkeleri	6711	148225	10198	179859	14520	260248	12895	365302	9997	214519
	Fransa	109175	875035	81402	856173	88954	856077	48590	715990	21327	478107
	Güney Asya Ülk.	2949	118610	8486	151882	3931	191173	6714	218223	1850	170173
	Gürcistan	6696	1364945	13773	1732706	14854	1718167	19453	1872325	26825	2177824
	Hollanda	99688	993179	91252	1001905	100561	1019328	70863	943907	56994	717535
	Japonya	31204	196586	30956	172469	32994	168400	18395	104308	5696	47034
	Kanada	33190	167576	34733	183993	30056	175273	26744	173410	9794	103154
	OECD Ülkeleri	119960	1532896	115190	1581427	138115	1714490	97962	1693028	44453	801298
	Rusya	31582	2647090	43428	3049036	61814	3451749	62331	2842972	22853	683335
	Suriye	9404	298455	3250	191774	4191	265391	13720	325259	3768	167563
	Tunus	555	76552	559	82189	1668	91053	915	97873	1400	92691
	Türkiye	293844	4066157	308887	425393	313512	4480576	303044	5017086	323600	5137239
	Ukrayna	6913	496190	7638	598669	9259	538338	9615	602057	9453	812042
	Yunanistan	51614	624536	61611	674366	52068	807525	59979	737562	49146	568802
	İngiltere	251995	1934775	260475	1963559	307940	2098621	275674	2094736	156923	1416628
	İran	20920	1073779	19981	1081626	28036	1452257	35895	1581644	26826	1574216
	İspanya	26302	255153	20864	259068	13968	256887	13619	219993	5011	102109
	İsrail	9518	87951	9652	129414	6985	172823	8026	205897	10852	240515
	İsveç	42692	463166	67795	553896	89146	541266	55218	523844	24655	260024
	İsviçre	29857	292264	26848	324849	31338	323121	22120	324414	13938	186868
İtalya	49347	645757	50597	661663	57978	640595	26461	467470	7280	208773	
Toplam		2349499	30303530	2365092	32430774	2573730	35031296	2279613*	35844482	1558387*	27154435



Tablo 3.3.'de Türkiye'ye gelen 65 yaş ve üstü turistlerin 2012-2016 seneleri arasında ülkelerine göre dağılımı görülmektedir. Verilere bakıldığında Türkiye'ye en fazla turist gönderen ülkenin Almanya olduğu tespit edilmektedir. İkinci sırada ise yerli turistler bulunmaktadır. Üçüncü sırada İngiltere, dördüncü sırada ABD Türkiye'ye 65 yaş ve üzeri turist gönderen ülkedir. (Kılıçlar ve ark., 2017).

2021 yılı verilerine göre Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğüne bağlı 153 kurum bulunmaktadır. Toplamda 15.649 kapasite bulunmakta olup bu kurumlarda kalan yaşlı sayısı 13.868 kişidir. Diğer Kamu Huzurevleri ise 21 tane olup toplamda 3.429 kapasitelidir. Özel huzurevleri 267 olup toplamda 17.428 kişilik kapasitedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020).

### **3.4. Engelli Kavramı ve Türleri**

Engellilik bireylerin hayatında doğuştan ya da sonradan ortaya çıkarak hayatını zorlaştırabilir. Günümüzde ise yaşlı nüfusunun sayısı ve sahip oldukları kronik rahatsızlıkları engelli nüfusunun yükselmesine de sebep olabilir. Bu durum ise ileri yaş ve engelli turizm sektörünün pazar payını yükseltebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) engelli olmayı fiziksel ve çevresel faktörleri kapsayacak şekilde tanımlamaktadır. Bireylerin vücudunda gerçekleşen bozulmalar neticesinde yerine getirdiği fonksiyonların sınırlanması veya diğer bireylerin yaptığı davranış, hareket ve tutumlarının bir başka kişinin yaşama dahil olmasını engelleyerek katılımlarını sınırlandırmaları engelli değildir. WHO'nun kavramına bakıldığında engelli olma durumuna hangi perspektiften bakıldığı önem arz etmektedir. Çünkü bakış açısına göre bu kavram, birey odaklı ya da çevre odaklı olarak farklılaşabilmektedir. Birey odaklı yaklaşımda engelli birey doğuştan, kaza ve hastalık sonrasında vücut bütünlüğünün bozulması ve uzuvların fonksiyonunun azalması/yitirilmesi neticesinde günlük işlerini gerçekleştirmesi zorluk yaşayan kişidir. Çevre odaklı yaklaşımda ise, hayatını sürdürdüğü çevrenin özel duruma uygun tasarlanması neticesinde günlük işlerini gerçekleştirirken engellenen kişide engelli bireydir. İkinci yaklaşım engelli bireyleri ötekileştirmek yerine kapsayıcıdır ve engellilerin yaşadığı problemlerin nedeninin birey yerine yaşanılan çevre ve topluma bağlı olduğuna vurgu yapmaktadır (Yıldız ve ark., 2018).

Türkiye Engelliler Hakkında Kanunu “Doğuştan ya da sonradan herhangi bir sebeple zihinsel, bedensel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerinin kaybolması nedeniyle toplumsal yaşama uyum ve günlük gereksinimlerini karşılama da güçlükleri olan, korunma, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık, destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi” engelli olarak tanımlanmaktadır (5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun, 2005).

Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması ICF' ye (International Classification of Functioning ) göre engelliler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir;

Görme,
İşitme,
Öğrenme ve öğrendiklerini uygulama,
Zihinsel fonksiyonlar (dikkat fonksiyonu, bellek fonksiyonu, düşünme fonksiyonu, yüksek düzeyde bilişsel fonksiyonlar),
Günlük gereksinimlerini karşılama (Günlük gereksinimlerini yönetme, Günlük gereksinimlerini tamamlama),
İletişim kurma (alma, üretme),
Beden duruşunu değiştime ve sabit tutma,
Eşyaları tutma, hareket ettirme, taşıma (eşyaları kaldırma ve taşıma, parmaklarını kullanma, ellerini ve kollarını kullanma),
Yürüme ve hareket etme (yürüme, çevrede gezinme),
Öz bakım (yıkama, bedensel bakım, tuvaletini yapma, giyinme, yemek yeme, içme),
Temel yaşam aktiviteleri (eğitim, çalışma),
Toplumsal, sosyal ve sivil yaşam (Toplum yaşamı, Eğlence ve boş zaman, Dini ve ruhsal yaşam)

**Şekil 3.2.** Engelliler Sınıflandırması (Keskin, 2011).

Özürlüler İdaresi Başkanlığı (BOİB) ve Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı'nın 2002 yılında yayınlamış olduğu Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre yapılan engelli sınıflandırması aşağıdaki gibidir;

### **3.4.1. Ortopedik Engelliler**

Ortopedik engelliler kas ve iskelet sisteminde eksiklik, yetersizlik, fonksiyon kaybı olan kişidir (BOİB ve TÜİK, 2002). Engelsiz bir insan hareketliliğine sahip olmayan, ayak, el, kol ve bacak gibi hareketleri oluşturan organlarında engel bulunan, bu nedenle yardımcı araç ve cihazlar ile hareket edebilen fiziki engelli kişiler olarak tanımlanabilir (Yavaş, 2002).

### **3.4.2. İşitme Engelliler**

İşitme engelliler; tek ya da iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir. İşitme cihazı kullananlarda bu kapsamında değerlendirilmektedir (BOİB ve TÜİK, 2002). İşitme fonksiyonlarının yarısını ya da tamamını kaybetmiş engellilerdir (Yavaş, 2002). İşitme engelliler, “Kişinin işitme duyarlılığının onun gelişim, uyum ve özellikle iletişimde ki görevlerini gerektiği kadar yerine getirememeye halidir” olarak da tanımlanmıştır (Keskin, 2011).

### **3.4.3. Görme Engelliler**

Görme organlarının birinde ya da ikisinde de tam veya kısmi görme bozukluğu, görme kaybı olan kişidir. Protez, renk, gece körlüğü olanlarda görme engelliler kapsamında değerlendirilmektedir (BOİB ve TÜİK, 2002).

Görme engellilerde kendi için az görenler ve hiç görmeyenler (körler) olarak ikiye ayrılmaktadır. İki grubun birbirinden ayırım yapılabilmesi için belirli kıstaslar bulunmaktadır. Yapılabilecek tüm tedaviler tamamlandıktan sonra olağan görme gücünün en fazla onda biri bulunan ve yirmi dereceyi geçmeyen görüş açısına sahip kişiler kör olarak tanımlanmaktadır. Az gören bireyler ise “ Bütün düzeltici tedbirlere rağmen görme gücü 20/70 veya daha az görenler (görme keskinliği 20/70-20/200 arasında olan) ve görme güçlerini öğrenimlerinde kullananlardır.” olarak ifade edilmiştir (Demir ve Şen, 2009).

### **3.4.5. Dil ve Konuşma Engelliler**

Konuşamayan veya konuşmasının hızında, akıcılığında, ses bozukluğu olan bireylerdir. Kekemeler, duyduğu halde konuşamayanlar, gırtlığı alınanlar, afazi,

konuşmak için alet kullananlar, dudak, dil, damak, çenesinde bozukluk olanlar da dil ve konuşma engelliler grubunda değerlendirilmektedir (BOİB ve TÜİK, 2002).

### **3.4.6. Süreğen Hastalıklar**

İnsanların yaşam fonksiyonlarının engellenmesine sebep olan, çalışma kapasitesini etkileyen ve engelleyen, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Kalp damar hastalıkları, kan hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, ruhsal davranış bozuklukları, üreme organları ve idrar hastalıkları, kanser türleri, cilt hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklar, HIV bu hastalıklara örnek verilebilir (BOİB ve TÜİK, 2002).

### **3.4.7. Zihinsel Engelliler**

Bireylerin çeşitli zihinsel yetersizliğidir. Down sendromu, zeka geriliği, zeka geriliğine sebep olmuşsa fenilketonüri gibi rahatsızlıklar bu grupta yer alır (BOİB ve TÜİK, 2002). Zihinsel engellilik “Gelişim süreci içerisinde genel zihinsel işlevlerde normallerden önemli derecede gerilik, bunun yanında uyumsal davranışlarda yetersizlik gösterme durumu.” şeklinde de tanımlanmıştır (Özsoy ve ark., 1988).

## **3.5. Dünya ve Türkiye’de Engelli Turizm Pazarı**

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, yedi milyardan fazla olan dünya nüfusunun bir milyardan fazlasında farklı farklı engellilik durumu bulunuyor. Yaklaşık % 15 oranına denk gelen bu rakamın her geçen yıl arttığını belirtiyor. Dünya Sağlık Örgütü engelli bireylerin %80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığını işaret ederken, engellilerin %50'sinin sağlık hizmetlerini karşılayamadığı bilgisini vermiştir (Demirci Z, 2018).

2021 yılında yapılan bir habere göre Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerinde, dünya genelindeki engelli sayısının 1 milyarı geçtiği söylenmiştir. Yaklaşık her 5 engelliden 4’ünün yine gelişmekte olan ülkelerde ikamet ettiği bildirilmiştir (Sülün, 2021).

Engelliler Konfederasyonu 2020 yılı Genel Değerlendirmesinde “Türkiye’de engelli nüfusu konusunda net bir sayı yoktur. Engelli nüfusu net olarak bilinmemekle birlikte, Türkiye’de engelli sayısına ilişkin belirli araştırma sonuçları mevcuttur. 2002

yılında TÜİK tarafından bu sayının nüfusu yüzde 12,29’u olduğu ” şeklinde ifade kullanmıştır (Engelliler Konfederasyonu, 2020).

2017 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye’de toplam 4 milyon 882 bin 841 engelli bulunmakta ve bu oran engelli turizminin potansiyelinin yüksekliğini göstermekte olduğu belirtilmiştir. 650 milyon engelli seyahat etmektedir ve bu kapsamda oluşan pazarın büyüklüğü 117 milyar dolardır (Yıldız ve ark., 2017).

Türkiye’de engelli turizm pazar potansiyelinin yüksek olmasına rağmen yapılan yasal düzenlemelerin ve yatırımların, oluşturulan yapıların eksik kaldığı söylenebilir. Türkiye’de engelli bireylerin haklarını korumak ve ulaşılabilirliği sağlamak adına çeşitli yasal düzenlemeler yapılsa da yapısal anlamda önemli eksiklikler bulunmaktadır (Akdu ve Akdu, 2018).

Dünya Turizm Örgütü sağlıkta turizmin ihtiyaç olduğunu belirtirken, seyahat etme özgürlüğünün temel hak olduğunu vurgulamaktadır. Engelli bireyler için de turizm bir hak olarak belirtilmesine rağmen engelli bireylerin tüm alanlarda (rezervasyon, seyahat ve konaklama) karşısına sorun çıkmaktadır. McKercher (2003) tarafından oluşturulmuş engelli bireylerin turizm faaliyetlerinde karşılaşmış oldukları sorunlar Tablo 3.4’te yer almaktadır (Yılmazdoğan ve Temizkan, 2014).

**Tablo 3.4.** Engelli Bireylerin Turizm Faaliyetlerine Katılımında Karşılaşmış Oldukları Sorunlar (McKercher ve ark., 2003)

<i>İçsel Faktörler</i>		<i>Dışsal Faktörler</i>	
<i>Kişilik Kaynaklı Engeller</i>	<i>Ekonomik Engeller</i>	<i>Çevresel Engeller</i>	<i>Birbiriyle İlişkili Engeller</i>
Bilgi eksikliği	Ekonomik kısıtlılıklar	Konaklanılacak yerin ulaşılabilirliği/mimarisi	Beceri zorlukları ve uyumsuzluklar
Sosyal yetenek eksikliği	Gelir eşitsizliği	Patikalar, tepeler gibi doğal çevre engelleri	İletişim zorlukları
Sağlık kaynaklı etkenler	Seyahat süresince birine duyulan ihtiyaç	Ulaşım engelleri	Etkinliklere katılımdaki isteksizlik/çaresizlik
Fiziksel ya da psikolojik kaynaklı etkenler		Kurallar ve yasal düzenlemeler	Konaklama işletmelerinde çalışanların davranışları
Seyahatin bir hak olarak görülmesi		Güvenlik problemleri	Bilginin tutarlılığı ve kullanılabilirliği

Bu sınıflamaya göre engelli bireylerin turizm faaliyetlerinde karşılaştıkları durumlar içsel ve dışsal faktörler olarak ikiye ayrılır. İçsel faktörlere bakıldığında kişilik kaynaklı engeller ve ekonomik engeller başlıkları altında toplandığı görülmektedir. Bilgi eksikliği, sağlık kaynaklı etkenler, sosyal yeteneklerin eksikliği, psikolojik ya da fiziksel kaynaklı etkenler ve seyahatin bir hak olarak görülmesi kişilik kaynaklı engeller arasında yer almaktadır. Ekonomik kısıtlılıklar, gelir eşitsizliği ve seyahat boyunca birisine duyulan ihtiyaç durumunu ise ekonomik engeller olarak değerlendirir. Dışsal faktörler ise, çevresel engeller ve birbiri ile ilişkili engeller başlığı altında toplanmıştır. Konaklama sağlanacak yerin ulaşılabilirliği, doğal çevre engelleri, ulaşımında yaşanan engeller, kurallar ve yasal düzenlemelerin bilinmemesi, güvenlik problemleri ve birbiriyle ilişkili engeller başlığı altında görülmektedir. Beceri zorlukları ve uyuşmazlıklar, iletişimde yaşanan zorluklar, etkinliklere ve faaliyetlere katılımında yaşanan isteksizlik veya çaresizlik, işletmelerde çalışanların olumsuz tutum ve davranışları, tutarlı bilgi sorunları yer almaktadır (Akdu ve Akdu, 2018).

Gelişmiş ülkelere göre Türkiye’de engellilere yönelik yapılan yasal düzenlemeler kıyasladığında özellikle de uygulama kapsamında yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Dünyadaki engellilere yönelik yasal düzenlemeler incelediğinde tüm engelli gruplarını içeren uygulamalar mevcuttur. Türkiye’de yapılan yasal düzenlemelerin ise genellikle bedensel engeli olan grubu içermekte olduğu ve diğer engelli gruplara gereken önemin verilmediği görülmektedir (Yılmazdoğan ve Temizkan, 2014).

Türkiye’de yer alan turizm tesisleri Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik’e tabi tutulmaktadır. İlgili yönetmeliğe göre bir turizm tesislerinde oda sayısının %1’i oranında engelli odası bulundurma zorunluluğu bulunmaktadır. Fakat bu zorunluluk en az 80 odası bulunan tesisler için geçerlidir. Daha az oda sayısına mevcut olan tesisler için %1 oranında engelli odası bulundurma zorunluluğu bulunmamaktadır (Yılmazdoğan ve Temizkan, 2014). Bununla birlikte belediye belgeli tesisler gibi T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı’nın denetlemediği turizm tesislerinde engelli turizmi ile alakalı bir yükümlülük bulunmamaktadır (Akdu ve Akdu, 2018).

Sonuca bakıldığında engelli oda sayısı ve düzenlemelerinde sorunlar, aksaklıklar yaşandığı görülmektedir. 2018 yılında yapılan çalışmada sorunların çözümüne ilişkin engelli oda sayılarının artırılması ve tesis, oda planlamaları yapılırken tüm engelli grupları düşünülerek yeniden düzenlemeler yapılması önerileri sunulmuştur (Akdu ve Akdu, 2018).

Türkiye’ de engellilere yönelik Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğüne bağlı; 135 tane Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezleri bulunmaktadır. Kapasitesine bakıldığında ise 7.425 olduğu görülmektedir. Özel Engelli Bakım Merkezi ise 29.044 kapasiteli olup, 295 tanedir. 150 tane de Umut Evi bulunmakta ve 848 kişilik kapasiteye sahiptir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

### **3.6. Uzun Yaşam Köyleri (Longevty & Antiaging Village)**

Yaşlı köyleri özellikle gelişmiş ülkelerde son yıllarda birçok bilim alanında yaygın kullanılan bir kavram olmasına rağmen tek bir tanıma sahip değildir. Ancak yaşlılar için tasarlanmış çeşitli ölçeklerdeki konut, bungalov evler, daireler, tek katlı evler vb. şeklinde olan birbirine bağlı mülklerin bulunduğu, bir alanda yer alan yapılar olarak tanımlamak mümkündür (Lister, 1994).

Uzun yaşam köyleri orta yaş ve üstü kişilere hizmet sunmaktadır. Doğa içerisinde, konaklama ve yaşam imkanı sağlar. Uzun yaşam köyleri ayrıcalıklı hizmet anlayışıyla uluslararası bir marka oluşturmayı hedeflemektedir (Karasu, 2008). Artan yaşlı nüfusa ev sahipliği yapabilecek ve bakım verebilecek seçeneklerden biridir. Uzun yaşam köyleri aslında yeni bir barınma biçimidir. Yaşlı nüfusun bir kısmı tarafından bu tarz bir yaşam talebi, bu yerlerin daha geniş topluluklar için geçerli bir alternatif yaşam tarzı sağlayabileceği kabul edilebilir. Bu durumun özellikle alışıktıkları yaşam kalitesini düşüren, değişen şartlar yaşayan yaşlı bireyler için etkili olacağı söylenebilir (Grant, 2006).

Uzun yaşam köylerinin amaçları şu şekilde sıralanabilir;

- Var olan hastalıkların tedavi edilmesi, ruhsal, bedensel rahatsızlıkların hafifletilmesi,
- Sağlık için kişilerin yaşamlarına yön vermelerine yardımcı olmak,

- Yaşlanmayı geciktirmek, hastalıkların oluşmasını engellemek amacıyla erkenden tedbir alınması,
- Sağlıklı ömrünü uzatarak yenilenmeyi ve gençleşmeyi sağlamak,
- Tüm sağlık ihtiyaçları için danışmana sahip olmalarını sağlamak,
- Rehabilitasyon, bakım hizmetlerini sunarak yaşama bağlılıklarını arttırmak (Karasu, 2008).

Güncel durum incelendiğinde gelişmiş ülkelerde 65 ve üstü yaş grubundaki kişilerin çoğunluğu, diğer ülkelerdeki yaşlılarıyla karşılaştırıldıklarında daha bağımsız ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürebildikleri görülmektedir. Yaşlı kişilerin daha bağımsız ve aktif bir yaşam sürdürmelerinde kişisel özelliklerinin yanında içinde buldukları çevre koşullarının da etkili olmasıyla açıklanabilir (Aydiner Boylu, 2013; Cankurtaran ve Yeşil, 2012).

Çoğu yaşlının yalnızlık izolasyon problemi, hizmetlere erişimde sınırlılıklar, uygunsuz konut şartlarında yaşamlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları belirtilmiştir. Aynı zamanda istismar ve ihmal yaşadıkları, kendilerini güvende hissetmedikleri rapor edilmiştir (Croucher, 2006).

Yaşlı kişilerin çoğu mümkün olduğunca kendi bağımsızlıklarını koruyabilecekleri, daha aktif, bağımsız bir konut ve çevrede, arkadaş ve aile bireyleri ile birlikte yaşamak istemektedirler (Lecovich, 2014). 2014 yılında yaşlıların gerontolojik yönden incelenmesi çalışmasında yaşlıların %17,6'sının hayatından memnun olmadığı tespit edilmiştir. Memnun olmama oranının % 21,4 ile en yüksek düzeyde yalnız yaşayan yaşlılarda olduğu görülmüştür. Eşiyle yaşayanlarda bu oran %18,9 iken hanedeki kişi sayısının artmasına paralel olarak azaldığı tespit edilmiştir. Bu nedenle yapılan çalışmada yaşlıların yalnızlıktan korunması önerilmiştir (Şahinöz ve Şahinöz, 2014). İleri yaş grubundaki kişilerin özgürce yaşayabileceği, toplumda iletişim kurabileceği kurumsal bakım uygulamalarına ihtiyaç vardır. Bu konuda ABD, Hollanda, Avustralya ve İngiltere'de yaşlılar için oluşturulan emekli köyleri örnek verilebilir. Oluşturulmuş bu alanlar yaşlılar için özgürce yaşama ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir sunulmuş çözümdür. Emekli, yaşlı köylerinde bireylerin aldıkları hizmet değerlendirildiğinde insanlar ile yoğun bir ilişki içindedir. Genellikle kendileri ile ilgili kararları özgürce taraflarından verilmektedir. Ayrıca bu köyler



kurumsal bakımın, sağlık ve psikolojik gereksinimlerin uzman kişiler tarafından karşılanabilmesini sağlamaktadır (Altan ve Şişman, 2003).

Yapılan bir çalışmada yaşlı bakım köyünde bulunan yaşlıların ortak kültür oluşturdukları ve bu durumun sağlıkları üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Yaşam doyumu ve kalitesi, refah düzeyleri, zihinsel ve fiziksel sağlıklarına etkide bulunmaktadır (Biggs ve ark., 2000).

### 3.6.1. Örnek Yaşam Köyleri

İngiltere’de emekliler için oluşturulan Hughenden Gardens Village, Chiltern Hills’in yanında olağanüstü doğal güzelliğe sahip bir bölgede yer alan Wye Nehri üzerindeki pazar kasabası High Wycombe, muhteşem manzaralar, engebeli tepeler ve ağaçlık vadilerle çevrili kompleks yapıdır. Sakinlerine birçok hizmeti doğal güzellikler eşliğinde sunmaktadır. Mağaza, kuaför ve güzellik salonu, fitness, kitap salonu vb. alanlar mevcuttur. Dansların, oyunların, buluşmaların sağlanacağı bir köy salonu, bir sera ve hobi odası mevcuttur. Köyün kendi sağlık merkezi, nitelikli bir sağlık danışmanı tarafından yürütülmekte ve tüm sakinlerin kullanımına açıktır ve sağlık taraması, sağlıklı bir yaşam tarzını yönetme konusunda bilgi ve tavsiyeler sunulmaktadır.



Şekil 3.3. Hughenden Gardens Village (Extracare, 2022)

Avustralya’ da bulunan RSL LifeCare ANZAC’ da lisanslı bar, bistro ve kahve dükkanı, kuaför ve güzellik salonu, 250 kişilik oditoryum, etkinlik odaları, ısıtmalı havuz ve spa, zanaat atölyesi, çim bowls, kroket, haftalık ayinler ve İncil çalışması ve arkadaşlık grupları bulunmaktadır. Aynı zamanda mesleki terapistler, patoloji, röntgen gibi tıbbi hizmetler sağlayan bir Terapi ve Yaşam Tarzı Merkezi (TLC) yer almaktadır.



**Şekil 3.4.** RSL LifeCare ANZAC (Rslifecare, 2022)

İngiltere’ de bulunan diğer bir yaşam alanı Earlsdon Park Village’ de 52 adet sosyal kiralık daire mevcuttur. Çamaşırhane, yemek, bakım gibi hizmetler sunmaktadır. Köyde ayrıca tiyatro, restoran, yiyecek dükkanı, kütüphane, mağaza ve kafe bulunmaktadır. Köy Merkezi içinde bir de sağlık hizmeti sunan tesis bulunmaktadır.



**Şekil 3.5.** Earlsdon Park Village (Extracare, 2022)

Avustralya’da olan Mt Eymard Retirement Village’ de temizlik, pişirme ve çamaşır hizmeti sağlanmaktadır. Tüm dairelerde acil durum çağrı sistemi mevcut olup bu sistemin her gün 24 saat kullanımı sağlanmaktadır. Hafta içi devamlı hemşire vardır. Geniş salon ve tek yatak odalı daireler, SPA, peyzajlı bahçeler, yüzme havuzu yemek odası, kütüphane, sağlık merkezi, kuaför salonu ve ayak hastalıkları uzmanı vardır.



**Şekil 3.6.** Mt Eymard Retirement Village (Villages.com, 2022)



İngiltere’ de bulunan Extra Care Retirement Village köyünde ise yeşil yürüyüş alanı, sosyal faaliyetlerini gerçekleştireceği salonları bulunmaktadır. Spor salonları, mağazalar, hobi alanı ve yemek yeme alanları ile güzellik salonu, bitki yetiştirilebilecek alanlar, kütüphane, sağlık merkezi, eczane ve destek hizmetlerinin bulunduğu bir merkez olarak düzenlenmiştir (Demirci Aksoy ve Günay, 2017).



**Şekil 3.7.** Extra Care Retirement Village (Extracare, 2022)

Türkiye’de ise Şehit Kara Pilot Yüzbaşı Serhat Sıgnak Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yapılan “küçük evler” projesi yaşlı köylerine örnek verilebilir. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Adana İl Müdürlüğü web sitesinde huzurevinin üç bölümden oluştuğu paylaşılmıştır. Huzurevi kısmında günlük sosyal aktivitelerini gerçekleştirebilen yaşlılar; rehabilitasyon bölümünde ise standart yaşam faaliyetlerini yerine getiremeyen yatağa bağımlı yaşlılar yer almaktadır. 45 evcikten oluşan Küçük Evler projesi ise önünde küçük bir balkon ve bahçesi bulunan içerisinde açık mutfak, yatak odası, salondan oluşmaktadır. Sosyal olarak tatmin sağlayacak, motivasyonlarını artıracak faaliyetlerde bulunmaktadır. Bunlara örnek olarak tiyatro oyunları, Sanat Müziği Korosu konseri verilebilir. Kişisel ihtiyaçlarını giderebilecekleri bir erkek bir bayan kuaförü, ilgi alanlarına göre hobi bahçeleri ve

sanat atölyeleri, yeteneklerine özgü takı tasarım ve resim kursları hizmet vermektedir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı , 2020).

Nazilli Ticaret Odası tarafından 2015 yılından itibaren sürdürdüğü “Nazilli Uzun Yaşam Köyü” projesinin hayata geçirilmesi için hala çalışmalarına devam etmektedir. Bu köyde yaşlı turizmi, konaklama alanları, amfi tiyatro, seralar, organik pazar, dinlenme ve gezi alanları, çocuklar için tarım ve ziraat çalışmaları, köy usulü yemek ve gıda imalatı, çalışma atölyeleri gibi birçok faaliyet bulunacağı paylaşılmıştır (Nazillihavadis, 2022).



**Şekil 3.8.** Nazilli Uzun Yaşam Köyü (Nazillihavadis, 2022)

2020 yılında yapılan bir haberde Türkiye’de 7 bölgede 7 sağlıklı yaşam merkezi kurulacağı bilgisi paylaşıldı. Hazırlanan bu projede on yıl içerisinde yaşlıların hizmet aldığı tüm sektörlerin bir araya getirileceği dile getirilmiştir. Türkiye’nin iklim ve coğrafyasından fayda sağlanarak sağlıklı yaşam köylerinde Türk ve yabancı birçok kişinin sosyal, kültürel, sağlık alanlarında kaliteli hizmet alması sağlanacaktır. Proje

ile 65 yaş üstü kişilerin kaliteli yaşlanması sağlanırken, her yaş grubundan kişilerin projeye dahil edilmesi düşünülmektedir (Trthaber, 2020).

Yaşlı kronik hastalığı olan ve engellilerin tatil yapacağı yerlere bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bunlar;

- Tabiat, yeşil, ırmak, deniz, göl gibi bir manzaraya sahip olmalıdır.
- Hava, ılıman, güneşli, bol oksijenli olmalıdır.
- Genişlik, maliyet ve hizmet alacak grupların durumuna göre orantılı büyüklükte olmalıdır.
- Yerleştiği konum düz alanda olmakla birlikte yürüme parkuru, spor alanları ve çeşitli sosyal tesis olmalıdır.
- Ulaşım olarak havaalanına yakın ve kullanılacak karayollarının ise iyi durumda olması gerekmektedir (Sağlık Turizmi Derneği, 2022).

Vanlı ve Küçük tarafından 2013 yılında yayınlanan makalede “Türkiye’de Akdeniz, Marmara ve Doğu Karadeniz bölgeleri başta olmak üzere sağlıklı yaşam köyünün faaliyetleri açısından uygun bölgelerdir. Özellikle Doğu Karadeniz Bölgesi iklimi itibarıyla ılıman mikro klima oluşturması, yılın her ayında yağmur alması, çok az olsa bile yılda bir veya iki defa kar yağması önemli ayrıcalıktır. Bitki örtüsü itibarıyla çok farklı bir ekolojiye sahiptir. Turunçgillerden başlayarak çeşitli meyve ve sebzelerin yetiştirilmesinin yanında dünyada bulunan on bin çeşit bitki örtüsünün dörtte birinin bu yörede tespit edilmesi, konumunun ayrıcalıklı hale getirmektedir” açıklaması bulunmaktadır (Vanlı ve Küçük, 2013). Şahinöz’ler tarafından yapılan çalışmada ise yaşlılara huzurevi veya bakımevinde kalmanız gerekse bu tesisin nerede olmasını tercih edersiniz diye sorulduğunda şehir merkezi, sessiz sakin herhangi bir yerde, şehrin biraz dışında ve Ege, Akdeniz sahillerinde olmasını tercih ettiklerine yönelik yanıt almışlardır (Şahinöz ve Şahinöz, 2014).

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Yaşam standartlarının yükselmesi, teknolojik ilerlemeler ve küreselleşmeyle oluşan seyahat serbestliği ile turizm faaliyetlerine katılan kişi miktarının yükselmesi büyük bir pazar oluşmuştur. Gün geçtikçe artan ileri yaş ve engelli nüfusunun toplam nüfusa oranı sağlık turizminin ileri yaş ve engelli turizmi potansiyelinin yüksekliğini göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin ileri yaş ve engelli turizmine dair durum değerlendirmesi yapmaktır. Mevcut durumu ortaya koyarak yapılan değerlendirme sonrasında yeni oluşacak teşviklerle birlikte Türkiye için turizm gelirine katkı sağlamak ve işgücü kapasitesini artırmak hedeflenmektedir.

Türkiye konumu, iklimi, doğal kaynakları ve doğal güzellikleriyle turizmde dikkat çekici özelliklere sahiptir. Ancak yıllardır istenen seviyeye ulaşamamıştır. Bu çalışmadan beklenen katkı Türkiye için yaşlı ve engelli köyleri uygulamalarına ilişkin durum değerlendirilmesi sunarak yeni yatırımcıları teşvik etmektir. Artan engelli ve yaşlı nüfusunun değerlendirilerek sağlık turizm gelir potansiyelini ortaya koymak ve işgücü kapasitesini artırmaktır. Literatürde uzun yaşam köyleri hakkında ayrıntılı çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile ülkemizin durum değerlendirmesi ve uzun yaşam köyleri örnekleri literatüre kazandırılacaktır.

### 4.1. Araştırmanın Evreni

İstanbul, Antalya, Balıkesir, İzmir, Ordu, Van, Gaziantep ve Ankara illerinde bulunan huzurevi ve bakım merkezleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırma katılımcıları İstanbul, Antalya, Balıkesir, İzmir, Ordu, Van, Gaziantep ve Ankara illerinde bulunan huzurevi ve bakım merkezleri kurum yöneticisi, yatırımcısı, çalışanlarıyla ve ileri yaş ve engelli turizme katılan kişilerle sınırlandırılmıştır.

### 4.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini İstanbul, Antalya, Balıkesir, İzmir, Ordu, Van, Gaziantep ve Ankara illerinde bulunan huzurevi ve bakım merkezleri 16 kurum yöneticisi, yatırımcısı, çalışanlarıyla ve ileri yaş ve engelli turizme katılan 206 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışmada doğrudan örneklem hesaplanmamış olup; tesadüfi, gönüllü katılımcılar çalışmamızın örneklem büyüklüğünün temsil etmektedir.

### 4.3. Veri Toplama Aşaması

Araştırma nicel ve nitel veriler için iki farklı ölçek ile gerçekleştirilmiştir. İlk ölçek on iki sorudan oluşan yarı yapılandırılmış mülakat ölçeğidir.

Soruların hazırlanmasında, literatür taraması yapılmış ve sağlık turizmi konusunda eğitim almış uzman, akademisyenlerle görüşülerek sorular düzenlenmiş, (Prof. Dr. Sedat BOSTAN tarafından) nitel verilerde kullanılmak üzere yarı yapılandırılmış mülakat formu oluşturulmuştur. Hazırlanan sorular, Ordu Üniversitesi Etik Kurul'unun onayına sunulmuş ve onay alınmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat soruları, ileri yaş ve engelli turizmi faaliyetlerini gerçekleştiren kurumların yöneticisi, yatırımcısı ve çalışanlarının Türkiye'de uzun yaşam köyleri uygulamalarına ilişkin durum değerlendirilmesi yapması amacıyla tasarlanmıştır. Mülakat formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölüm, bireye ait demografik verilerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışılan kurum, meslek deneyimi) toplandığı kısımdır. İkinci bölüm ise ileri yaş ve engelli turizmi, uzun yaşam köyleri hakkında ifadelerin bulunduğu kısımdır.

Türkiye' de ileri yaş ve engelli turizmi yapılan kurumlar incelenmiş olup Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı'ndan veri toplama izni alınmıştır. Bu çalışma içerisine farklı iller ve farklı kurumlarda da araştırma yapılmak istenmiş; görüşme sağlanmış ancak pandemi nedeniyle sert bir politikaya sahip olan kurumlar ile yarı yapılandırılmış mülakat çalışması gerçekleştirilememiş ve veri sağlanamamıştır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ve Ordu Üniversitesinin Etik Kurul oluruyla görüşme kabulünü onaylayan kurumlar ile görüşme sağlanmış, kurum yöneticilerinden izinler alınmış ve mülakatlar gerçekleştirilmiştir. İzlenen bu yöntemlerin ışığında 16 katılımcı ile yarı yapılandırılmış mülakat gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen kurum ve mülakat sayısı verilerinin tablo halinde gösterimi ise şu şekildedir:



**Tablo 4.1.** Yarı Yapılandırılmış Mülakat Çalışmasının Gerçekleştirildiği Kurumlar ve Mülakat Sayısı

Sayı	Huzurevi ve Bakım Merkezi Adı	Mülakat Sayısı
1	MİA Yaşam Merkezi	3
2	Gülhan Doğan Huzurevi	2
3	Asmalı Konak Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	2
4	Özel Emir Çalığışu Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	2
5	Altınoluk Sağlıklı Yaşam Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	1
6	Gaziantep Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	2
7	Fransız Fakirhanesi ve Huzurevi La Congregation Communautaire Des Petites Soeurs Des Pauvres	1
8	Özel Karadeniz Bakım Merkezi	1
9	Van Edremit Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	1
10	İstanbul Beylikdüzü Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	1
	Toplam	16

Mülakat soruları bahsi geçen kişilerle yüz yüz ve online görüşme şeklinde yapılmıştır. Yapılan görüşmeler esnasında tespit edilen öznel yorumlar ve ek bilgiler not defterine kayıt edilmiştir.

COVID-19, mesai saati, ulaşım vb. sebepler ile ulaşılamamış olan birkaç yöneticiye ise mülakat formlarımız e- mail olarak ulaştırılmıştır. Bahse konu olan yöneticiler ile de telefon görüşmesi sağlanmış olup yorumları kayıt altına alınmıştır.

Araştırmanın ikinci ölçeği ise 19 likert sorudan oluşan iyi oluş hali ölçeğidir. Çalışmada kullanılan Well-being (iyi olma) ölçeğinin orijinali “Lee, M., Han, H., Lockyer, T. (2012) Medical Tourism Attracting Japanese Tourists For Medical Tourism Experience, Journal of Travel & Tourism Marketing, 29: 69-86.” çalışmasından alınmıştır.

Ölçek, Yalçın B., ve Bostan S., tarafından “How Medical Destination Affects The Health Tourists’ Well-Being? Int Journal Of Health Manag. And Tourism 2020, 5(3), 251-263” çalışmasında kullanılmış, ölçeğin Türkiye kullanımı güvenilirlik ve geçerlilik açısından test edilmiş, uygun bulunmuştur. Ölçeğin yaşlı bakım hizmetlerine

uyarlanması yazarlar tarafından yapılmıştır. 19 sorudan oluşan ölçek 5’li likert tipte bir ölçektir. Cevapların puanlaması; 1: Hiç tatmin olmamış, 2: Tatmin olmamış, 3: Normal, 4: Tatmin olmuş ve 5: Çok tatmin olmuş şeklinde oluşturulmuştur.

Anket çalışması Ordu Üniversitesi Etik Kurul’una onayına sunulmuş ve olur alınmıştır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının veri toplama oluru ve Ordu Üniversitesinin Etik Kurul onayı ile ileri yaş ve engelli turizmüne katılan kişilerle yüz yüze görüşme ile 206 anket yapılmıştır. Araştırmaya alınacak bireylerin ileri yaş ve engelli bireyler olduğu için soruları cevaplayabilecek kapasitede ve araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra gönüllü olmaları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmaya, katılım için gönüllü olmayanlar dâhil edilmemiştir.

Anket çalışmasının gerçekleştirildiği kurumlar ve katılımcı sayısı tablo halinde gösterimi ise şu şekildedir:

**Tablo 4.2.** Anket çalışmasının gerçekleştirildiği kurumlar ve anket sayısı

Sayı	Huzurevi ve Bakım Merkezi Adı	Anket Sayısı
1	MİA Yaşam Merkezi Kurum	17
2	Gülhan Doğan Huzurevi	3
3	Asmalı Konak Huzurevi	16
4	Özel Emir Çalığışu Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	14
5	Fransız Fakirhanesi ve Huzurevi La Congregation Communauté Des Petites Soeurs Des Pauvres	10
6	Ordu Ahmet Cemal Maden Huzurevi	21
7	Van Edremit Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	15
8	Altınoluk Sağlıklı Yaşam Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	10
9	Gaziantep Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	19
10	İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	21
11	İstanbul Beylikdüzü Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	29
12	Karadeniz Bakım Merkezi	31
	Toplam	206

Çalışmada araştırma modeli kapsamında oluşturulan hipotezler:

H<sub>1</sub>: Araştırma kapsamındaki huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engelliler aldıkları hizmetten iyilik durumu (tatmin durumu) yüksek değildir.

H<sub>2</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinin iyilik durumu (tatmin durumu) kurum mülkiyetine (özel ve kamu) bağlı olarak farklılık göstermez.

H<sub>3</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engellilerin iyilik durumu (tatmin durumu) illere göre farklılık göstermez.

H<sub>4</sub>: Katılımcıların yaşına göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>5</sub>: Kadın ve erkek katılımcıların iyilik ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>6</sub>: Katılımcıların eğitim durumuna göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>7</sub>: Bakımevinde kalma süresine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>8</sub>: Katılımcıların mesleğine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

Yukarıda geliştirilen hipotezler, araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda analiz edilerek sonuçlara ulaşılmıştır.

#### **4.4. Kullanılan Yöntemler**

Çalışmada nitel ve nicel yöntem birlikte uygulanarak karma yöntem kullanılmıştır. Nitel veri toplama yönteminde kartopu örneklem tekniği, nicel veri toplama yönteminde ise kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Kartopu örneklem özellikle nadir görülen durumları incelemede, bu özellikte bir kişiyle temas kurulmasının ardından, bu kişinin yardımıyla diğer bir kişiyle görüşüp zincirleme olarak örnekleme oluşturma işlemidir (Pagano ve Gauvreau, 1993). Kartopu yani zincir örnekleme tekniği, evreni oluşturan alanlara erişmenin zor olduğu ya da evren hakkındaki bilgi derinliği, büyüklük gibi bilgilerin eksik olduğu durumlarda

kullanılmaktadır (Patton, 2005). Bu örneklem tekniği ile zengin veri elde edilebilecek kişi ve kritik durumlara odaklanarak evrene ulaşmaktadır (Creswell, 2013).

Kolayda örnekleme yöntemi ise yapılacak olan çalışmada en kolay şekilde verilerin toplanabileceği kişilerin örnekleme kapsamına alınmasıdır (Kurtuluş, 2010). Başka yöntemlerin kullanılmadığı ve araştırmanın hızlı pratik şekilde yürütülmesi gerektiği durumlarda bu yöntem tercih edilir. Kolayda örnekleme yönteminde diğer yöntemlere göre erişilmesi daha yakın ve kolay olan durumlar seçilerek çalışmaya yönelik daha hızlı bilgi edinmek veya fikir sahibi olmak mümkündür (Sekaran ve Bougie, 2016). Kolayda örnekleme yöntemi seçiminden kasıt; çalışmanın yapıldığı özel ve kamu bakımevlerinin araştırmacı tarafından seçilip, bu bakımevlerinde görüşmeyi kabul eden bireylerin örnekleme dahil edilmiş olmasıdır.

İleri yaş ve engelli turizmine katılanlara yönelik yapılan nicel araştırma yönteminde kolayda örnekleme ile iyi oluş hali ölçeği uygulanmıştır. Hizmete katılanlar için 400 kişi hedeflenmiş, fakat anket uygulanacak kişiler ileri yaş ve engelli bireyler olduğu için soruları cevaplayabilecek kapasitede olan toplam 206 kişiye ulaşılmış ve anket uygulanmıştır.

Nicel veri ileri yaş ve engelli turizmine katılan kişilerin bu turizmi yapma nedenleri, onların yaşamlarına yaptığı katkı ve memnuniyet, beklentileri iyi oluş hali ölçeği ile toplanmıştır.

Nitel veri ileri yaş ve engelli turizmi faaliyetlerini gerçekleştiren kurum yöneticisi, yatırımcısı ve çalışanlarıyla yarı yapılandırılmış mülakat formu ile toplanmıştır.

Nitel araştırmada ise huzurevi ve bakım merkezleri yöneticisi, yatırımcısı, çalışanlarıyla 20 yarı yapılandırılmış mülakat hedeflenmiş olup 16 kişide tatmin edici verilere ulaşılmış ve toplam 16 kişi ile mülakat gerçekleştirilmiştir.

Yarı yapılandırılmış mülakata ziyaret edilen kurumlarda çalışan uzman, hemşire, psikolog, diyetisyen, porter ve yöneticiler dahildir. İyi oluş ölçeğine ise ziyaret edilen kurumlarda hizmetten yararlananlar dahildir.

#### 4.5. Verilerin Analizi

Çalışmada nitel ve nicel yöntem birlikte uygulanarak karma yöntem kullanılmıştır. Nicel veri ve nitel veri analizleri ayrı başlıklar altında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

##### 4.5.1. Nicel Verilerin Analizi

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerden elde edilen veri sonuçları SPSS programı ile öncelikle güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur. Araştırmada kullanılan ölçek, bir dilden başka bir dile çevrilmiş ifadeleri temsil ettiği için Keşfedici Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) ile geçerlilik testi yapılmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler arasındaki farklılıklarının incelenmesi amacıyla cinsiyet değişkeni için t-testi; yaş, meslek, eğitim, bulunduğu il, bakımevi mülkiyeti ve bakımevinde kaldığı süre değişkenleri için One Way ANOVA testi analizleri uygulanmıştır.

##### 4.5.1.1. İyilik Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi Sonucu

Araştırmada kullanılan ölçek güvenilirlik testine tabi tutulmuştur. Güvenilirlik katsayısının hesaplanmasında SPSS istatistik paket programı ile elde edilen “Cronbach’s Alpha” katsayısı en sık kullanılan yöntemdir. Cronbach’s Alpha katsayısı “0 ile 1” arasında değişim göstermektedir ve bu değerinin hesaplanmasında katsayıların dağılımı, değerlendirilmesi aşağıdaki şekildedir (Özdamar, 1999):

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir kabul edilmemektedir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirlikte kabul edilmektedir.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir kabul edilmektedir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir kabul edilmektedir.

**Tablo 4.3.** Ölçeğinin Güvenilirlik Analizi

Ölçek	Cronbach’s Alpha Değeri	İfade Sayısı
İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu) Ölçeği	0.960	19

Anket ile gönüllü katılımcılara yönlendirilmiş olan 19 sorunun Cronbach's Alpha değeri, 0,960 bulunmuştur. İstatistiksel olarak bu değer yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

#### 4.5.1.2. İyi Oluş Hali Tatmin Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları

Keşfedici faktör analizi, birçok istatistik paket programında yer almakta ve birçok araştırmada kullanılmaktadır. Kullanımında orijinal veri setinden sağlanan faktörler; regresyon, korelasyon, fark testleri vb. analize fayda sağlamaktadır (Albayrak, 2006).

Faktör analizi ölçülebilen, görülebilen çok sayıdaki özelliğin arkasında yatan gerçek sebepleri, ölçülemeyen ve gözlemlenemeyen gizli boyutları ortaya çıkarmayı sağlamaktadır (Johnson ve Wichern, 2014).

**Tablo 4.4.** Geçerlilik Analizi

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.945
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square df. Sig.	3056.652 171 0.00

Araştırmada kullanılan anket sorularının geçerliliğini değerlendirmek için faktör analizi yapılmıştır. Örnek kütle için yeterliliğini anlamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerlendirilmiş ve KMO değerinin 0,945 olduğu tespit edilmiştir.

Sorular arasında anlamlı ilişki olup olmadığına bakılmak için Bartlett's Test of Sphericity testi yapılmış (Approx. Chi-Square: 3056.651/ df 171 / Sig 0,000) değerleri ile anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5.** Açıklanan Varyans ve Toplam Faktör Yüklerin Değerleri

Sorular	Component
Soru 15	.851
Soru 16	.820
Soru 18	.816
Soru 11	.800
Soru 13	.800
Soru 3	.797
Soru 10	.795
Soru 7	.789
Soru 4	.785
Soru 5	.780
Soru 8	.777
Soru 12	.776
Soru 9	.765
Soru 17	.748
Soru 6	.731
Soru 2	.714
Soru 14	.691
Soru 19	.674
Soru 1	.617

Faktör analizi değerlendirildiğinde ölçek sorularının tek bir faktör altında toplandığı görülmektedir. Ölçekte bulunan sorularının tamamının tek bir doğrultuda olduğu düşünülmektedir.

#### **4.5.2. Nitel Verilerin Analizi**

Araştırma sürecinde toplanan veriler genellikle yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış görüşme, gözlem, odak grup görüşmesi, metin ve söylev analizi gibi veri toplama yöntemleri kullanılmaktadır. Aynı zamanda sanat eserleri, sinema filmi, medya yayınları (radyo veya televizyon programları), çeşitli afişler ve sosyal medya kaynakları da veri toplama aracı olarak kullanılabilir (Sullivan ve Forrester, 2018).

Betimsel içerik, metin ve söylev analizi gibi farklı ayrıştırımalara tabi tutulmaktadır. Betimsel analiz, genellikle detaylı ayrıştırma gerektirmeyen verilerin nitel veri seti üzerinde işlenmesinde kullanılır. Katılımcılarının demografik özellikleri ile farklı niteliklerinin anlatılması, özetlenmesi gibi durumlardır (Miles ve Huberman, 1994).

Nitel verilerimiz yarı yapılandırılmış mülakat çalışmasın da kullanılan sorulardır. Yarı yapılandırılmış mülakat ölçeği on iki sorudan oluşmaktadır. Huzurevi ve bakım merkezleri yöneticisi, yatırımcısı, çalışanlarıyla elde edilen ve veri niteliği taşıyan yanıtlar, betimsel tablo haline getirilmiştir.

Soru bazında katılımcıların ifadeleri kodlanarak tablolar hazırlanmıştır. Prof. Dr. Sedat BOSTAN tarafından kodlama işlemi kontrolü sağlanmış ve geçerliliği teyit edilmiştir. Araştırmanın bulgular kısmında yarı yapılandırılmış mülakata ait tüm sorular betimsel tablo şeklinde açıklanarak yorumlanmıştır.



## 5. BULGULAR

### 5.1. Nicel Bulgular

Bu bölümde, çalışmada elde edilen veriler ile çalışma kapsamında oluşturulan hipotezlerin analiz sonuçları ve bu sonuçların değerlendirilmesine yer verilmiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılanların demografik bilgilerinin frekans dağılımı, değişkenler arasındaki ilişkilerin çizelgeleri, değişkenlerin karşılaştırıldığı T testi, Anova testleri ve bu test sonuçlarının ne anlama geldiği açıklanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel olarak sig=0,05 anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

#### 5.1.1. Demografik Veriler

İyilik anketine katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 5.1’de gösterildiği gibidir.

**Tablo 5.1.** Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri

Kişisel Özellikler	Sayı	%	
Cinsiyet Grupları	Erkek	104	50.5
	Kadın	102	49.5
Ülke	Türkiye	205	99.5
	Yabancı Ülke	1	0.5
Yaş Grupları	18-24	27	13.1
	25-34	2	1.0
	35-44	5	2.4
	45-54	7	3.4
	55-64	20	9.7
	65 yaş ve üstü	145	70.4
Mesleği	Kendi İşim	2	1.0
	Memur	9	4.4
	İşçi	20	9.7
	Emekli	64	31.1
	Öğrenci	40	7.8
	İşsiz	9	4.4
	Diğer	86	41.7
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	38	18.5
	İlköğretim ve Lise	136	66.0
	Ön lisans	18	8.7
	Lisans	11	5.3
	Lisansüstü	3	1.5
Bakamevi ücretini Kim karşılıyor	Kendim	106	51.5
	Devlet	65	31.5
	Ailem	35	17.0
Bakamevinde kalma süresi	1 yıldan az	60	29.1
	1-2 yıl	41	19.9
	3-5 yıl	79	38.3
	6-10 yıl	15	7.3
	10 yıl ve üstü	11	5.3
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>100</b>	

Tablo 5.1.'de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik verilerinin frekans dağılıımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %49,5'i kadın, %50,5'i ise erkektir.

Katılımcıların lkeleri incelendiğinde % 99,5'i Türkiye olduğu grlmektedir. Bu durum Türkiye'de ileri yaş ve engelli turizmde bakımevi kullanan yabancı katılım oranının çok düşük olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların yaş değişkeni oranlarına bakıldığında, en yüksek katılımın %70,4 düzeyinde "65 yaş ve üstü" yaş grubunda bulunduğu grlmektedir. Bu durum ileri yaş ve engelli bireylerin bulunduğu bakım evlerinde ileri yaş profiline sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların meslekleri incelendiğinde; %41,7 ile "emekli" en yüksek orana sahip olduğu grlmektedir. Bu durum Türkiye'de emekli olan bireylerin bakımevi katılımının yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, %66 ile "ilköğretim/lise mezunları" en yüksek, %1,5 ile "lisansüstü mezunu" maddesinin ise en düşük orana sahip olduğu grlmektedir. Diğer taraftan ise Tablo 5.1'e bakıldığında eğitim durumu olarak %18,4 eğitimsiz, %8,7 ön lisans ve %5,3 lisan mezunu olan bireylerin olduğu grlmektedir. Lisans ve lisansüstü düzeyde eğitimi olanların oranı %50'nin altındadır. Bu durum bakımevi hizmetine katılan bireylerin eğitim seviyesinin düşük olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların bakımevi ücretini kimin karşıladığı değerlendirildiğinde %51,5 oranında kendisinin, %31,5 devletin ve %17 oranında ailesinin olduğu grlmektedir.

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin bakımevinde kalma süreleri incelendiğinde, % 38,3 ile "3-5 yıl" kalan bireylerin en yüksek orana sahip olduğu, %5,3 ile "10 yıl ve üstü" kalan bireylerin en düşük orana sahip olduğu grlmektedir.

### 5.1.2. Hipotezlerin Analiz Sonuçları

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezlerin analiz edilmesi amacıyla değişkenler ve ölçek arasında bağıntılara bakılmıştır.

H<sub>1</sub>: Araştırma kapsamındaki huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engelliler aldıkları hizmetten iyilik durumu (tatmin durumu) yüksek değildir.

H<sub>2</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinin iyilik durumu (tatmin durumu) kurum mülkiyetine (özel ve kamu) bağlı olarak farklılık göstermez.

H<sub>3</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engellilerin iyilik durumu (tatmin durumu) illere göre farklılık göstermez.

H<sub>4</sub>: Katılımcıların yaşına göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>5</sub>: Kadın ve erkek katılımcıların iyilik ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

H<sub>6</sub>: Katılımcıların eğitim durumuna göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>7</sub>: Bakımevinde kalma süresine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

H<sub>8</sub>: Katılımcıların mesleğine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.

**“H<sub>1</sub>: Araştırma kapsamındaki huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engelliler aldıkları hizmetten iyilik durumu (tatmin durumu) yüksek değildir.”** frekans analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 5.2’de sunulmuştur.

**Tablo 5.2.** İyilik Hali ( Tatmin Durumu) Frekans Analizi

İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu) Ölçeği	Hiç tatmin olmamış		Tatmin olmamış		Normal		Tatmin olmuş		Çok tatmin olmuş		Aritmetik Ortalama
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Başvuru süreci	3	1,5	8	3,9	48	23,3	62	30,0	85	41,3	4,0
Fiziksel çevre	2	1,0	7	3,3	35	17,0	76	37	32	41,7	4,1
Genel olarak imkanlar (olanaklar)	0	0	10	4,9	47	22,8	76	36,9	73	35,4	4,0
İstek ve ihtiyaçlarının anlaşılması	2	1,0	8	3,9	38	18,4	69	33,5	89	43,2	4,1
Bakımevindeki yaşam standardın	1	0,5	5	2,4	37	18,0	78	37,8	85	41,3	4,1
Bakımevindeki sağlık şartların	3	1,5	10	4,8	31	15,0	70	34,0	92	44,7	4,1
Aldığın destek ve rehberlik	3	1,5	10	4,8	35	17,0	69	33,5	89	43,2	4,1
Personeli ile kişisel ilişkilerin	0	0	8	3,9	31	15,0	70	34,0	97	47,1	4,2
Kendini güvende ve emniyette hissetmen	0	0	8	3,9	22	10,7	51	24,8	125	60,6	4,4
Sosyal etkileşimlerin	5	2,5	11	5,3	45	21,8	51	27,7	88	42,7	4,0
Ruhsal veya dini yönün	6	2,9	14	6,8	53	25,7	54	26,3	79	38,3	3,9
Sağlık hizmet kalitesi	2	1,0	8	3,9	41	19,8	57	27,7	98	47,6	4,1
Yaşlı bakım hizmeti kalitesi	2	1,0	7	3,4	33	16,0	63	30,6	101	49,0	4,2
Gıda ve beslenme	6	2,9	12	5,8	42	20,5	66	32,0	80	38,8	3,9
Kabul etme düzeyin	5	2,4	9	4,4	45	21,8	63	30,6	84	40,8	4,0
Saygı ve nezaket görme	1	0,5	10	4,9	28	13,6	52	25,2	115	55,8	4,3
Evrak işlemleri	13	6,3	3	1,5	27	13,1	68	33,0	95	46,1	4,1
Kişisel yaşamına katkı düzeyi	4	1,9	13	6,3	39	18,9	63	30,6	87	42,3	4,0
Ödediğiniz paraya değdi mi?	3	1,5	5	2,4	36	17,5	49	23,8	113	54,8	4,2

Katılımcıların “ *Başvuru Süreci* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.0’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %41.3’ünün “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %30.1’inin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların başvuru sürecinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “ *Fiziksel çevre* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %41.7’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %36.9’unun da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların fiziki çevreden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “ *Genel olarak imkanlar (olanaklar)* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.0’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %35.4’nün “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %36.9’unun da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların genel olarak imkan ve olanaklardan tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “ *İstek ve ihtiyaçlarının anlaşılması* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %43.2’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %33.5’inin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların istek ve ihtiyaçlarının anlaşıldığını düşündüklerini göstermektedir.

Katılımcıların “ *Bakımevindeki yaşam standardı* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %41.3’ünün “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %37.9’unun da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların bakımevinde yaşam standardının yüksek olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin “ *Bakımevindeki sağlık şartları* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %44.7’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %34’ünün de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların bakımevindeki sağlık şartlarından tatmin olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin “ *Aldığın destek ve rehberlik* ” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %43.2’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %35.5’inin de “Tatmin olmuş” yönünde

cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların aldıkları destek ve rehberlikten tatmin olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin “*Personeli ile kişisel ilişkilerin*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.2’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %47.1’nin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %34’ünün de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların personel ile kişisel ilişkilerinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin “*Kendini güvende ve emniyette hissetmen*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.4’tür. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %60.7’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %24.8’inin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların kendini güvende ve emniyette hissettiklerini göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin “*Sosyal etkileşimlerin*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.0’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %42.7’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %27.7’sinin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların sosyal etkileşimlerinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Ruhsal veya dini yönün*” ifadesinin aritmetik ortalaması 3.9’dur. Katılım yüzdelerine bakıldığında, %38.3’nün “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %26.2’sinin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların ruhsal ve dini yönden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Sağlık hizmet kalitesi*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %47.6’sının “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %27.7’sinin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların aldıkları sağlık hizmeti kalitesinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Yaşlı bakım hizmeti kalitesi*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.2’dir. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %49’u “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %30.6’sının da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların yaşlı bakımı hizmetinin kalitesinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Gıda ve beslenme*” ifadesinin aritmetik ortalaması 3.9’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %38.8’nin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %32’sinin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların genel olarak gıda ve beslenme olanaklarından tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Kabul etme düzeyin*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.0’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %40.8’nin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %30.6’sının da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların kabul etme düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların “*Saygı ve nezaket görme*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.3’tür. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %55.8’nin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %25.2’sinin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların gördükleri saygı ve nezaketten tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Evrak işlemler*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.1’dır. Katılım yüzdelerine bakıldığında, %46.1’nin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %33.0’unun da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların genel olarak evrak işlemlerinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Kişisel yaşamına katkı düzeyi*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.0’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %42.2’sinin “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %30.6’sının da “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların genel olarak bakımevlerinin kişisel yaşamlarına katkı düzeyinden tatmin olduklarını göstermektedir.

Katılımcıların “*Ödediğiniz paraya değdi mi ?*” ifadesinin aritmetik ortalaması 4.2’dır. Bu ifadenin katılım yüzdelerine bakıldığında, %54.9’nun “Çok tatmin olmuş” yönünde cevapladığı, %23.8’inin de “Tatmin olmuş” yönünde cevapladığı tespit edilmiştir. Bu durum katılımcıların genel olarak verdikleri ücrete karşı aldığı bakım hizmetinden tatmin olduklarını göstermektedir. Katılımcıların tüm ifadelerde iyilik tatmin durumunun yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, **H<sub>1</sub> hipotezi reddedilmiştir.**

“**H<sub>2</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinin iyilik durumu (tatmin durumu) kurum mülkiyetine (özel ve kamu) bağlı olarak farklılık göstermez.**” T testi analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 5.3’te sunulmuştur.

**Tablo 5.3.** İyilik Ölçeği Ortalamasının Kurum Mülkiyetine Göre Değişimi

Mülkiyet	Sayı	Ortalama Puan	Std. Hata	t	Sig <sup>2</sup>
Devlet	105	4.04	0.77	1.88	0.06
Özel	101	4.23	0.68		

Kurum Mülkiyeti” ve “İyilik Ölçeği” puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, **H<sub>2</sub> hipotezi doğrulanmıştır.**

“**H<sub>3</sub>: Huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engellilerin iyilik durumu (tatmin durumu) illere göre farklılık göstermez.**” analiz yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 5.4’te sunulmuştur. Yapılan One Way ANOVA testinde verilerin homojen dağılmadığı tespit edilmiş olup Dunnett T3 Post Hoc Tests uygulanmıştır.

**Tablo 5.4.** İyilik Ölçeği Ortalamasının İllere Göre Değişimi

Dunnett T3	İl	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
Ankara	Antalya	30	0.20	0.10	0.72	Ankara ile İstanbul, Ordu, Balıkesir, Gaziantep ve İzmir
	İstanbul	39	0.88*	0.12	0.00	
	Ordu	52	0.79*	0.13	0.00	
	Van	15	0.38	0.20	0.77	
	Balıkesir	10	0.80*	0.16	0.00	
	Gaziantep	19	1.20*	0.25	0.00	
	İzmir	21	0.59*	0.11	0.00	
Antalya	Ankara	20	-0.20	0.10	0.72	Antalya ile İstanbul, Ordu, Gaziantep ve İzmir
	İstanbul	39	0.68*	0.12	0.00	
	Ordu	52	0.58*	0.12	0.00	
	Van	15	0.17	0.19	1.00	
	Balıkesir	10	0.59	0.15	0.05	
	Gaziantep	19	0.99*	0.25	0.01	
	İzmir	21	0.38*	0.10	0.02	



**Tablo 5.4. “Devam” İyilik Ölçeği Ortalamasının İllere Göre Değişimi**

Dunnett T3	İl	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
İstanbul	Ankara	20	-0.88*	0.12	0.00	İstanbul ile Ankara ve Antalya
	Antalya	30	-0.68*	0.12	0.00	
	Ordu	52	-0.09	0.14	1.00	
	Van	15	-0.50	0.21	0.43	
	Balıkesir	10	-0.08	0.17	1.00	
	Gaziantep	19	0.31	0.25	0.99	
	İzmir	21	-0.29	0.12	0.47	
Ordu	Ankara	20	-0.79*	0.13	0.00	Ordu ile Ankara ve Antalya
	Antalya	30	-0.58*	0.12	0.00	
	İstanbul	39	0.09	0.14	1.00	
	Van	15	-0.41	0.21	0.78	
	Balıkesir	10	0.00	0.18	1.00	
	Gaziantep	19	0.41	0.26	0.94	
	İzmir	21	-0.20	0.13	0.98	
Van	Ankara	20	-0.38	0.20	0.77	
	Antalya	30	-0.17	0.19	1.00	
	İstanbul	39	0.50	0.21	0.43	
	Ordu	52	0.41	0.21	0.78	
	Balıkesir	10	0.41	0.23	0.86	
	Gaziantep	19	0.82	0.30	0.23	
	İzmir	21	0.20	0.20	1.00	
Balıkesir	Ankara	20	-0.80*	0.16	0.00	Balıkesir ile Ankara
	Antalya	30	-0.59	0.15	0.05	
	İstanbul	39	0.08	0.17	1.00	
	Ordu	52	-0.00	0.18	1.00	
	Van	15	-0.41	0.23	0.86	
	Gaziantep	19	0.40	0.27	0.97	
	İzmir	21	-0.20	0.16	0.99	
Gaziantep	Ankara	20	-1.20*	0.25	0.00	Gaziantep ile Ankara ve Antalya
	Antalya	30	-0.99*	0.25	0.01	
	İstanbul	39	-0.31	0.25	0.99	
	Ordu	52	-0.41	0.26	0.94	
	Van	15	-0.82	0.30	0.23	
	Balıkesir	10	-0.40	0.27	0.97	
	İzmir	21	-0.61	0.25	0.42	
İzmir	Ankara	20	-0.59*	0.11	0.00	İzmir ile Ankara ve Antalya
	Antalya	30	-0.38*	0.10	0.02	
	İstanbul	39	0.29	0.12	0.47	
	Ordu	52	0.20	0.13	0.98	
	Van	15	-0.20	0.20	1.00	
	Balıkesir	10	0.20	0.16	0.99	
	Gaziantep	19	0.61	0.25	0.42	

Huzurevi ve bakım merkezlerinde hizmet alan yaşlı ve engellilerin iyilik (tatmin) durumunun illere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ankara ilindeki katılımcılar ile İstanbul, Ordu, Balıkesir, Gaziantep ve İzmir illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise Ankara’ da bulunan katılımcıların memnuniyet oranının diğer illere göre yüksek olduğu görülmektedir.

Antalya ilindeki katılımcılar ile İstanbul, Ordu, Gaziantep ve İzmir illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise Antalya’ da bulunan katılımcıların memnuniyet oranının diğer illere göre yüksek olduğu görülmektedir.

İstanbul ilindeki katılımcılar ile Ankara ve Antalya illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise İstanbul’ da bulunan katılımcıların memnuniyet oranının Ankara ve Antalya iline göre düşük olduğu görülmektedir.

Ordu ilindeki katılımcılar ile Ankara ve Antalya illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise Ordu’ da bulunan katılımcıların memnuniyet oranının Ankara ve Antalya iline göre düşük olduğu görülmektedir.

Balıkesir ilindeki katılımcılar ile Ankara ilinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise Balıkesir’ de bulunan katılımcıların memnuniyet oranının Ankara iline göre düşük olduğu görülmektedir.

Gaziantep ilindeki katılımcılar ile Ankara ve Antalya illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise Gaziantep’ de bulunan katılımcıların memnuniyet oranının Ankara ve Antalya iline göre düşük olduğu görülmektedir.

İzmir ilindeki katılımcılar ile Ankara ve Antalya illerinde bulunan katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise İzmir’ da bulunan katılımcıların memnuniyet oranının Ankara ve Antalya iline göre düşük olduğu görülmektedir.

Bu duruma göre Ankara ilinde bulunan katılımcıların en yüksek memnuniyete sahipken Gaziantep ilinde bulunan katılımcıların en düşük memnuniyet oranına sahiptir. Bu sonuca göre, **H<sub>3</sub> hipotezi reddedilmiştir.**

“**H<sub>4</sub>: Katılımcıların yaşına göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.**” analiz yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 5.5’te sunulmuştur. Yapılan One Way ANOVA testinde verilerin homojen dağılmadığı tespit edilmiş olup Dunnett T3 Post Hoc Tests uygulanmıştır.

**Tablo 5.5.** İyilik Ölçeği Ortalamasının Yaşa Göre Değişimi

Dunnett T3	Yaş	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
18-24	25-34	2	-0.77	0.54	0.82	18-24 yaş ile 45-54, 55-64 ve 65 yaş ve üstü
	35-44	5	-0.61	0.37	0.76	
	45-54	7	-1.38*	0.13	0.00	
	55-64	20	-0.94*	0.18	0.00	
	65 ve üstü	145	-0.61*	0.14	0.00	
25-34	18-24	27	0.77	0.54	0.82	
	35-44	5	0.15	0.63	1.00	
	45-54	7	-0.62	0.52	0.89	
	55-64	20	-0.17	0.54	1.00	
	65 ve üstü	145	-0.15	0.52	1.00	
35-44	18-24	27	0.61	0.37	0.76	
	25-34	2	-0.15	0.63	1.00	
	45-54	7	-0.78	0.35	0.50	
	55-64	20	-0.32	0.37	0.99	
	65 ve üstü	145	0.00	0.35	1.00	
45-54	18-24	27	1.39*	0.13	0.00	45-54 yaş ile 18-24, 55-64 ve 65 yaş ve üstü
	25-34	2	0.62	0.52	0.89	
	35-44	5	0.78	0.35	0.50	
	55-64	20	0.45*	0.13	0.03	
	65 ve üstü	145	0.78*	0.06	0.00	
55-64	18-24	27	0.94*	0.18	0.00	55-64 yaş ile 18-24 ve 45-54 yaş
	25-34	2	0.17	0.54	1.00	
	35-44	5	0.32	0.37	0.99	
	45-54	7	-0.45*	0.13	0.03	
	65 ve üstü	145	-0.33	0.14	0.30	
65 yaş ve üstü	18-24	27	0.61*	0.14	0.00	65 yaş ve üzeri ile 18-24 ve 45-54 yaş
	25-34	2	-0.15	0.54	1.00	
	35-44	5	0	0.35	1.00	
	45-54	7	-0.78*	0.06	0.00	
	55-64	20	-0.33	0.14	0.30	

18-24 yaş katılımcılar ile 45-54, 55-64 ve 65 yaş üstü katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise 18-24 yaş katılımcıların memnuniyet oranının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir.

45-54 yaş katılımcılar ile 18-24, 45-54 ve 65 yaş üstü katılımcılar arasında anlamlı farklılık bulunduğu; 45-54 yaş bireylerin diğer yaş gruplarından memnuniyetinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

65 yaş ve üstü bireyler ile 18-24 ve 45-54 yaş arasında bulunan bireyler ile anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu duruma göre 65 yaş ve üstü bireyler 18-24 yaş aralığındaki bireylerden daha yüksek memnuniyete sahipken, 45-54 yaş grubu bireylerden daha düşük memnuniyet oranına sahiptir. Bu sonuca göre, **H<sub>4</sub> hipotezi reddedilmiştir.**

**“H<sub>5</sub>: Kadın ve erkek katılımcıların iyilik ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.”** T testi analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 5.6’de sunulmuştur.

**Tablo 5.6.** İyilik Ölçeği Ortalamasının Cinsiyete Göre Değişimi

Cinsiyet	Sayı	Ortalama Puan	Std. Hata	t	Sig <sup>2</sup>
Erkek	104	4.02	0.76	-2.36	0.02
Kadın	102	4.26	0.68		

Erkek ile kadın katılımcılar arasında iyilik ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kadınlar katılımcılar, erkek katılımcılara göre daha yüksek ortalama puana sahiptir. Bu sonuca göre, **H<sub>5</sub> hipotezi reddedilmiştir.**

**“H<sub>6</sub>: Katılımcıların eğitim durumuna göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.”** One Way ANOVA testinde verilerin homojen dağılmadığı tespit edilmiş olup Dunnett T3 Post Hoc Tests uygulanmıştır. Elde edilen veriler Tablo 5.7’de sunulmuştur.

**Tablo 5.7. İyilik Ölçeği Ortalamasının Eğitime Göre Değişimi**

Dunnett T3	Eğitim	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
Eğitimsiz	İlköğretim ve Lise	136	0.01	0.15	1.00	
	Ön Lisans	18	-0.36	0.18	0.42	
	Lisans	11	-0.36	0.20	0.52	
	Lisansüstü	3	-0.22	0.21	0.94	
İlköğretim ve Lise	Eğitimsiz	38	-0.01	0.15	1.00	
	Ön Lisans	18	-0.38	0.13	0.92	
	Lisans	11	-0.38	0.15	0.21	
	Lisansüstü	3	-0.24	0.16	0.77	
Ön Lisans	Eğitimsiz	38	0.36	0.18	0.42	
	İlköğretim ve Lise	136	0.38	0.13	0.92	
	Lisans	11	0.00	0.19	1.00	
	Lisansüstü	3	0.14	0.20	0.99	
Lisans	Eğitimsiz	38	0.36	0.20	0.52	
	İlköğretim ve Lise	136	0.38	0.15	0.21	
	Ön Lisans	18	-0.00	0.19	1.00	
	Lisansüstü	3	0.14	0.21	0.99	
Lisansüstü	Eğitimsiz	38	0.22	0.21	0.94	
	İlköğretim ve Lise	136	0.24	0.16	0.77	
	Ön Lisans	18	-0.14	0.20	0.99	
	Lisans	11	-0.14	0.21	0.99	

Katılımcıların eğitimine göre iyilik ölçeği ortalamasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, **H<sub>6</sub> hipotezi doğrulanmıştır.**

**“H<sub>7</sub>: Bakımevinde kalma süresine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.”** One Way ANOVA testinde verilerin homojen dağılmadığı tespit edilmiş olup Dunnett T3 Post Hoc Tests uygulanmıştır. Elde edilen veriler Tablo 5.8’de sunulmuştur.

**Tablo 5.8.** İyilik Ölçeği Ortalamasının Bakımevinde Kalma Süresine Göre Değişimi

Dunnett T3	Kalma Süresi	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
1 yıldan az	1-2 yıl	41	0.10	0.15	0.99	
	3-5 yıl	79	0.19	0.12	0.73	
	6-10 yıl	15	0.05	0.17	1.00	
	10 yıl ve üstü	11	-0.06	0.19	1.00	
1-2 yıl	1 yıldan az	60	-0.10	0.15	0.99	
	3-5 yıl	79	0.09	0.14	0.99	
	6-10 yıl	15	-0.05	0.18	1.00	
	10 yıl ve üstü	11	-0.16	0.20	0.99	
3-5 yıl	1 yıldan az	60	-0.19	0.12	0.73	
	1-2 yıl	41	-0.09	0.14	0.99	
	6-10 yıl	15	-0.14	0.16	0.98	
	10 yıl ve üstü	11	-0.26	0.18	0.82	
6-10 yıl	1 yıldan az	60	-0.05	0.17	1.00	
	1-2 yıl	41	0.05	0.18	1.00	
	3-5 yıl	79	0.14	0.16	0.98	
	10 yıl ve üstü	11	-0.11	0.22	1.00	
10 yıl ve üstü	1 yıldan az	60	0.06	0.19	1.00	
	1-2 yıl	41	0.16	0.20	0.99	
	3-5 yıl	79	0.26	0.18	0.82	
	6-10 yıl	15	0.11	0.22	1.00	

Katılımcıların bakımevinde kalma süresine göre iyilik ölçeği ortalamasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda **H<sub>7</sub> hipotezi doğrulanmıştır.**

**“H<sub>8</sub>: Katılımcıların mesleğine göre iyilik durumu (tatmin durumu) farklılık göstermez.”** One Way ANOVA testinde verilerin homojen dağılmadığı tespit edilmiş olup Dunnett T3 Post Hoc Tests uygulanmıştır. Elde edilen veriler Tablo 5.9’de sunulmuştur.

**Tablo 5.9.** İyilik Ölçeği Ortalamasının Mesleğine Göre Değişimi

Dunnett T3	Meslek	Sayı	Fark	Std. Hata	Sig	Anlamlı Farklılık*
Kendi İşim	Memur	9	-0.92	0.60	0.82	
	İşçi	20	-0.67	0.59	0.92	
	Emekli	64	-0.46	0.58	0.98	
	Öğrenci	16	0.16	0.60	1.00	
	İşsiz	9	-0.53	0.67	0.99	
	Diğer	86	-0.58	0.58	0.95	
Memur	Kendi İşim	2	0.92	0.60	0.82	
	İşçi	20	0.25	0.21	0.98	
	Emekli	64	0.46	0.19	0.41	
	Öğrenci	16	1.09*	0.25	0.00	Memur ve Öğrenci
	İşsiz	9	0.39	0.38	0.99	
	Diğer	86	0.34	0.19	0.75	
İşçi	Kendi İşim	2	0.67	0.59	0.92	
	Memur	9	-0.25	0.21	0.98	
	Emekli	64	0.20	0.15	0.97	
	Öğrenci	16	0.84*	0.22	0.01	İşçi ve Öğrenci
	İşsiz	9	0.14	0.36	1.00	
	Diğer	86	0.08	0.14	1.00	
Emekli	Kendi İşim	2	0.46	0.58	0.98	
	Memur	9	-0.46	0.19	0.41	
	İşçi	20	-0.20	0.15	0.97	
	Öğrenci	16	0.63	0.20	0.10	
	İşsiz	9	0.78	0.35	1.00	
	Diğer	86	0.11	0.11	0.99	
Öğrenci	Kendi İşim	2	-0.16	0.60	1.00	
	Memur	9	-1.09*	0.25	0.00	
	İşçi	20	-0.84*	0.22	0.01	Öğrenci ile memur, işçi ve diğer meslek grupları
	Emekli	64	-0.63	0.20	0.10	
	İşsiz	9	-0.69	0.38	0.75	
	Diğer	86	-0.75*	0.20	0.02	
İşsiz	Kendi İşim	2	0.53	0.67	0.99	
	Memur	9	-0.39	0.38	0.99	
	İşçi	20	-0.14	0.36	1.00	
	Emekli	64	0.06	0.35	1.00	
	Öğrenci	16	0.69	0.38	0.75	
	Diğer	86	-0.05	0.34	1.00	
Diğer	Kendi İşim	2	0.58	0.58	0.95	
	Memur	9	-0.34	0.19	0.75	
	İşçi	20	-0.08	0.14	1.00	
	Emekli	64	0.11	0.11	0.99	
	Öğrenci	16	0.75*	0.20	0.24	Diğer meslek grupları ve öğrenci
	İşsiz	9	0.05	0.34	1.00	

Memur, işçi, diğer meslek gruplarından katılımcılar ile öğrenci katılımcılar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu duruma göre ise öğrenci katılımcıların memnuniyet oranının memur, işçi, diğer meslek gruplarına göre düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda **H<sub>8</sub> hipotezi reddedilmiştir.**





**Tablo 5.10. Ana Kod ve Alt Kod Bilgileri**

Sayı	Soru	Ana kod	Alt Kod
1	Kurumunuza hangi yaşlı veya engelli kişileri, hangi şartlarda kabul ediyorsunuz?	Yaş	55 yaş ve üstü 60 yaş ve üstü
		Sağlık Durumu	Ruhsal Sağlığı Yerinde Olan Bulaşıcı Hastalığı Olmayan
		Maddi Durumu	Yoksun Olanlar Kefili Olanlar Ödeme Gücü Olanlar
		Bakım Türü	Palyatif ve Mobilize Yaşlı Bakımı Engelli Hasta Bakımı Sağlıklı Yaşlı Bakımı
2	Kurumunuzdaki misafirlerinize genel ve sağlık bakımıyla ilgili ne tür hizmetler sunuyorsunuz?	Tedavi Takibi ve Bakım	
		Rehabilitasyon Hizmetleri	
		Hekimlik Hizmetleri	
3	Kurumunuzdaki misafirlerinize sunduğunuz rekreasyon hizmetleri ve imkanları nelerdir?	Fiziksel ve Zihinsel Oyunlar	
		Sanatsal Etkinlik	
		Spor	
		Sosyal Faaliyetler	
4	Kurumunuzdaki misafirleriniz ne kadar süreyle ne şekilde kalıyorlar? Açıklayınız.	İstedığı Sürece	
		Tedavi Süresi Tamamlanana Kadar	
5	Kurumunuzdaki misafirlerin mali giderleri nereden karşılanıyor? Açıklayınız	Devlet	
		Ailesi	
		Kendisi	
		Bağış	
6	Kurumunuzdan hizmet alanlarla, hizmet sonrası iletişiminiz devam ediyor mu? Ne tür geri dönüşler alıyorsunuz? Açıklayınız.	Sınırlı	
		Hayır	
		Evet	
7	Kurumunuzda yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir?	İnsan Kaynakları	Eğitim Personel Desteği
		Fiziki Yapı	
		Devlet Desteği	
		Sosyal Faaliyetler	
		Diğer	

**Tablo 5.10. “Devam” Ana Kod ve Alt Kod Bilgileri**

8	Yaşlı ve engelli turizmi kavramlarını biliyor musunuz? Yaptığınız iş bu kapsamda sayılır mı?	Biliyorum	Evet
			Hayır
		Bilmiyorum	
9	Ülkemizin yaşlı ve engelli turizmi potansiyeli var mı? Nasıl değerlendirirsiniz?		Farklılık
		Olumlu Görüşler	Talep Miktarı
			Politika ve Tanıtım
		Olumsuz Görüşler	Ekonomik Yetersizlik
			Yaşlı Potansiyeli
10	Ülkemizde yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir?	Potansiyel Var	
		Diğer	
		Denetleme Süreci	
		Sosyal Faaliyetler	
		Fiziki Koşullar	
		Eğitim	
		Kurum Sayısı	
		Toplum Bilinci	
11	Uzun yaşam köylerinden haberdar mısınız? Hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz?	Bilmiyorum	
		Biliyorum	Olumlu Görüş
			Olumsuz Görüş
12	Konuyla ilgi diğer görüş ve önerileriniz nelerdir?	Fiziki Yapı	Kapasite ve Konum
			Branşlaşma
		Devlet Desteği	
		Çalışan Özellikleri	
		Fikrim Yok	
Diğer			



**Tablo 5.11.** Mülakata Katılan Katılımcıların Demografik Bilgileri

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek	Görev Süresi	Çalıştığı Kurum	Yaşlı ve Engelli Bakımı Konusunda Eğitimiz Nedir
G1	Kadın	55 yaş üstü	Lisans	Yönetici	20 yıl ve üstü	K2	Lisans
G2	Kadın	25-34	Lisans	Bakım Personeli	3 yıldan az	K2	Lisans
G3	Kadın	25-34	Lisans	Yönetici	3-5 yıl	K1	Lisans
G4	Erkek	25-34	Lisans	Yönetici	3 yıldan az	K4	Lisans
G5	Erkek	18-24	Lisans	Bakım Personeli	3 yıldan az	K4	Sertifika Programı
G6	Erkek	55 yaş üstü	Lisans	Bakım Personeli	6-10 yıl	K3	Lisans
G7	Kadın	45-54	İlk veya Ortaokul	Bakım Personeli	6-10 yıl	K3	Sertifika Programı
G8	Kadın	25-34	Lisans	Bakım Personeli	3 yıldan az	K1	Hizmet içi Eğitim Kursları
G9	Kadın	25-34	Lisans	Bakım Personeli	3 yıldan az	K1	Lisans
G10	Erkek	55 yaş üstü	Ön lisans	Yönetici	20 yıl ve üstü	K9	Hizmet içi Eğitim Kursları
G11	Kadın	25-34	Lisans	Yönetici	3-5 yıl	K5	Lisans
G12	Kadın	35-44	Lisans	Yönetici	3-5 yıl	K7	Hizmet içi Eğitim Kursları
G13	Erkek	35-44	Lisans	Yönetici	6-10 yıl	K8	Lisans
G14	Kadın	45-54	Lisans	Bakım Personeli	6-10 yıl	K9	Lisans
G15	Kadın	25-34	Lisans	Yönetici	3-5 yıl	K12	Hizmet içi Eğitim Kursları
G16	Erkek	35-44	Lisans	Yönetici	11-20 yıl	K11	Lisans

Yarı yapılandırılmış mülakat katılımcılarına cinsiyet verisinden başlayarak bakıldığında; 16 kişinin 10'nun kadın, 6'sının erkek olduğu görülmektedir.

Çalışmaya iştirak eden 16 kişiden; bir kişi 18-24 yaş, yedi kişi 25-34 yaş, üç kişi 35-44 yaşları, iki kişi 45-54 yaş, üç kişinin 50 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında; 1 kişi ilk veya ortaokul, 1 kişi ön lisans ve 14 tanesi lisans mezunudur.

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında; 7 bakım personeli ve 9 kurum yöneticisinin yer aldığı görülmektedir.

Çalışma sürelerine bakıldığında; ise 3 yıldan az çalışan 5 kişi, 3 ve 5 yıl arası 4 kişi, 6 ve 10 yıl arası 4 kişi, 11 ve 20 yıl arası 1 kişi, 20 yıl üstü çalışan ise 2 kişi olduğu görülmektedir.

Kurum listesine incelendiğinde ise K8'den 1 katılımcı, K3'den 2 katılımcı, K4'den 2 katılımcı, K9'dan 2 katılımcı, K2'den 2 katılımcı, K11'den 1 katılımcı, K5'den 1 katılımcı, K1'den 3 katılımcı, K12'den 1 katılımcı, K7'den 1 katılımcı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaşlı ve engelli bakımı hakkında aldığı eğitimlere bakıldığında; 4 katılımcının hizmet içi eğitim aldığı, 2 katılımcının sertifika programına dahil olduğunu ve 10 katılımcının lisans eğitimi olduğu görülmektedir.

**Soru 1: Kurumunuza hangi yaşlı veya engelli kişileri, hangi şartlarda kabul ediyorsunuz? Açıklayınız.**

**Tablo 5.12. Kuruma Kabul Şartları Değerlendirme Tablosu**

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
Yaş	55 yaş ve üstü	G8,G5,G6,G7,G13,G2,G1,G11,G4=9	G8,G5,G6,G7,G2,G11=6	G13,G1,G4=3	G8,G5,G6,G13,G2,G1,G11,G4=8	G7=1	K1,K4,K3,K3,K8,K2,K2,K5,K4=9	
	60 yaş ve üstü	G10,G12,G16,G14=4	G10,G12,G16=3	G14=1	G12,G16,G14=3	G10=1		K9,K7,K11,K9=4
Sağlık Durumu	Bulaşıcı Hastalığı Olmayan	G1,G12,G6,G7,G10,G8,G13=7	G1,G12,G10,G13=4	G6,G7,G8=3	G1,G12,G6,G8,G13=5	G10,G7=2	K2,K3,K3,K1,K8=5	K7,G10=2
	Ruhsal Sağlığı Yerinde Olan	G12,G8,G13,G14=4	G12,G13,G14=3	G8=1	G12,G8,G13,G14=4		K1=1	K7,K8,K9=3
Bakım Türü	Sağlıklı Yaşlı Bakımı	G2,G11=2		G2,G11=2	G2,G11=2		K2,K5=2	
	Engelli Hasta Bakımı	G9,G3,G15,G10=4	G9,G3,G15,G10=4		G9,G3,G15,G10=4		K1,K1,K12=3	K9=1
	Palyatif ve Mobilize Yaşlı Bakımı	G1=1	G1=1		G1=1		K2=1	
Maddi Durumu	Ödeme Gücü Olanlar	G15,G13,G6=3	G15,G13=2	G6=1	G15,G13,G6=3		K12,K8,K3=3	
	Kefili Olanlar	G11=1		G11=1	G11=1		K5=1	
	Yoksun Olanlar	G16,G12=2	G16,G12=2		G16,G12=2			K11,K7=2

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde yaş, sağlık durumu, bakım türü ve maddi durumu olarak dört ana kod altında toplanmıştır.

Elde edilen sonuçlara bakıldığında ilgili soruyu cevaplayan 16 katılımcıda 13'ü yaş şartı ifadesi kullanmıştır. Yaş kodunun altında 55 yaş ve üstü ile 60 yaş ve üstü olmak üzere iki alt kod oluşturulmuştur. Cevaplara yakından baktığımızda şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

55 yaş ve üstü yaşlı alt kod grubu incelediğinde “Bakıma ihtiyaç duyan ve 55 yaş üstü yaşlılarımızı kabul ediyoruz.” ve “55 yaş ve üstü tüm yaşlılar” ifadelerinin verilen cevaplar içerisinde yer alması alt kod grubunun oluşmasını sağlamıştır.

60 yaş ve üzeri yaşlı kabulü sağladığı görüşlerini içeren şu ifadelerin varlığı: “60 yaş üstü bulaşıcı hastalığı olmayan engelli ve yaşlılara hizmet veriyoruz.” ve “60 yaş üstü olmak, bulaşıcı hastalığı bulunmamak, ruhsal sağlığının yerinde olması, sosyal-ekonomik yoksunluk içinde olmak” alt kod grubunun oluşmasını sağlamıştır.

55 yaş ve üstünü kabul eden kurumların özel olduğu, 60 yaş ve üstü yaşlıları kabul eden kurumların devlet kurumu olduğu tespit edilmiştir.

55 yaş ve üstü yaşlı kabulü sağladıklarını bildiren kişilere baktığımızda toplam 3 yönetici, 6 bakım personeli; 60 yaş ve üstü yaşlı kabulünü sağladıklarını ileten kişilere baktığımızda ise toplam 3 yönetici, 1 bakım personelidir.

55 yaş ve üstü yaşlı kabulü sağladıklarını bildiren kişilere baktığımızda toplam 8'i lisans, 1'i ön lisans ve aşağısı; 60 yaş ve üstü yaşlı kabulünü sağladıklarını ileten kişilere baktığımızda ise toplam 3'ünün lisans, 1'inin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Elde edilen verilere bakıldığında sağlık durumu kodunun altında bulaşıcı hastalığı olmayan ve ruhsal sağlığı yerinde olan olmak üzere iki alt kod oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

Bulaşıcı hastalığı olmayan gruplama sınıfını incelediğimizde “60 yaş üstü olmak, bulaşıcı hastalığı bulunmamak, ruhsal sağlığının yerinde olması, sosyal-ekonomik yoksunluk içinde olmak.” ve “Kendisine ve çevresine zarar vermeyeceği, bulaşıcı hastalığı olmadığı hekim veya heyet raporuyla belgelenen 55 yaş üstü bireyler

ücret karşılığı olarak hizmetten yararlanabilir” ifadelerinin varlığı bulaşıcı hastalığı olmayan alt kod sınıfının oluşmasını sağlamıştır.

Ruh sağlığı yerinde olan gruplama görüşlerinin içerisinde ise şu ifadelerin varlığı: “60 yaş üstü olmak, bulaşıcı hastalığı bulunmamak, ruhsal sağlığının yerinde olması, sosyal-ekonomik yoksunluk içinde olmak.” ve “60 yaşını doldurmuş olmak, madde, alkol kullanmamak, ruhsal sağlığı yerinde olmak.” ruh sağlığı yerinde olan alt kod sınıflandırma grubunun oluşmasını sağlamıştır.

Bulaşıcı hastalığı olmayan grup görüşünü ileten kurumların 5’i özel, 2 si kamu kurumudur. Ruh sağlığı yerinde olan grup görüşünü ileten kurumların ise 1’i özel, 3’ü kamu kurumudur.

Bulaşıcı hastalığı olmayan görüşünü bildiren kişilere baktığımızda toplam 4’ünün yönetici, 3’ünün bakım personeli; ruh sağlığı yerinde olan görüşünü ileten kişilere baktığımızda toplam 3’ünün yönetici, 1’inin bakım personeli olduğu görülmektedir.

Bulaşıcı hastalığı olmayan görüşünü bildiren kişilere baktığımızda toplam 5 lisans, 2 ön lisans ve aşağısı; ruh sağlığı yerinde olan görüşünü ileten kişilere baktığımızda 4 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında engelli hasta, palyatif hasta, günlük ihtiyaçlarını karşılayabilen yaşlı ifadelerinin bulunması bakım türü kodunun oluşturulmasına sebep olmuştur. Bakım türü kodunun altında sağlıklı yaşlı bakımı, palyatif, mobilize hasta bakımı ve engelli hasta bakımı olmak üzere üç alt kod oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

Sağlıklı yaşlı bakımı gruplama kodunu incelediğimizde “Kendi öz bakımını ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilir durumda olan.” ve “Bakıma ihtiyaç duyan sağlıklı ve 55 yaş üstü yaşlılarımızı kabul ediyoruz.” ifadeleri karşımıza çıkmaktadır.

Engelli hasta bakımı kodunu incelediğimizde ise “Kuruluşumuz ağır engelli bireylere hizmet vermektedir. Öncelikle engelli sağlık raporuna ihtiyaç duyulmaktadır.” gibi ifadelerin varlığı engelli hasta bakımı kod grubunu oluşturmuştur.



Palyatif ve mobilize hasta grubuna ise Şu ifadenin varlığı: “Bakım evinde kalabilir raporu olan (bulaşıcı hastalığı olmayan) 55 yaş üzeri bakıma ihtiyacı olan yaşlı. Yatağı bağıcı, palyatif, mobilize, yarı mobilize yaşlı kabul ediyoruz.” alt kod grubunu oluşturmuştur.

Sağılıklı yaşlı bakımı grup görüşünü ileten kurumların 2’si özel kurumdur. Engelli hasta bakımı olan kod görüşünü ileten kurumların ise 3’ü özel, 1’i kamu kurumudur. Palyatif ve mobilize hasta bakımı görüşünü ileten 1 kurumun ise özel kurum olduğı görölmektedir.

Sağılıklı yaşlı bakımı görüşünü bildiren kişilere baktığımızda 2 lisans, engelli hasta bakımı görüşünü ileten kişilere baktığımızda 4 lisans; palyatif ve mobilize hasta bakımı diyen 1 katılımcının lisans mezunu olduğı görölmektedir.

Sağılıklı yaşlı bakımı görüşünü bildiren kişilere baktığımızda 2’si bakım personeli; engelli hasta bakımı görüşünü ileten kişilere baktığımızda toplam 4 yönetici; palyatif ve mobilize hasta bakımı diyen 1 katılımcının yönetici olduğı görölmektedir.

Elde edilen diğler çıktılarına bakıldığında yoksun olması, ücreti karşılayabilecek kapasitede olması ya da kefil olması gibi ifadelerin varlığı maddi durum kodunun oluşmasını sağlamıştır. Maddi durum kodunun altında ödeme gücü olanlar, kefil olanlar ve yoksun olanlar olarak üç alt kod oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında Şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

Ödeme gücü olanlar gruplama sınıfını incelediğimizde “55 yaş üstü bulaşıcı hastalığı olmayan ücret ödeyebilen kişiler.” ve “Ailenin gelir araştırması yapılıp hizmet alacağı model belirleniyor ve sonrasında yerleştirme işlemi gerçekleştiriliyor.” İfadelerinin varlığı ödeme gücü olanlar alt kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Kefili olanlar alt kodunu incelediğimizde ise “55 yaşını doldurmuş, kendi öz bakımını ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilir durumda olan, 2 kefil bulunan kişiler.” ifadesi sınıflandırma grubunu oluşturmuştur.

Yoksun olanlar grubuna bakıldığında ise Şu ifadelerin varlığı: “60 yaş üzeri bulaşıcı hastalığı ve ruhsal hastalığı olmayan sosyal yoksunluk kriterine uygun bireyler kabul edilmektedir.” ve “60 yaş üstü olmak, bulaşıcı hastalığı bulunmamak,

ruhsal sağlığının yerinde olması, sosyal-ekonomik yoksunluk içinde olmak.” yoksun olan alt kodunu oluşturmuştur.

Ödeme gücü olanlar görüşünü ileten kurumların 3’ ü özel kurumdur. Kefili olanlar görüşünü ileten kurum 1 özel, yoksun olanlar görüşünü ileten kurumun ise 2 kamu kurumu olduğu görölmektedir.

Ödeme gücü olanlar alt kodu görüşünü ileten kişilere baktığımızda 3 lisans, kefil olan görüşünü ileten kişilere baktığımızda 1 lisans; yoksun olanlar grup görüşünü ileten 2 katılımcının lisans mezunu olduğu görölmektedir.

Ödeme gücü olanlar grup görüşünü bildiren kişilere baktığımızda 2’si yönetici, 1’i ise bakım personelidir. Kefili olanlar görüşünü ileten kişilere baktığımızda 1 bakım personeli; yoksun olanlar görüşünü ileten katılımcıların ise 2 yönetici olduğu görölmektedir.

**Soru 2: Kurumunuzdaki misafirlerinize genel ve sağlık bakımıyla ilgili ne tür hizmetler sunuyorsunuz? Açıklayınız.**

**Tablo 5.13.** Kurumda Sunulan Genel ve Sağlık Bakımı Hizmetleri Tablosu

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Hekimlik Hizmetleri</b>	G10,G1,G2 ,G3,G13=5	G10,G1,G 3,G13=4	G2=1	G1,G2,G3,G13= 4	G10=1	K1,K2,K1,K 8=4	K9=1
<b>Tedavi Takibi ve Bakım</b>	G9,G13,G3 ,G7,G14,G 8,G2,G1,G 10,G6,G15, G11,G5,G4 ,G16,G12= 16	G9,G13,G 3,G1,G10 ,G15,G4, G16,G12 =9	G7,G14,G 14,G8,G2, G6,G11,G 5=7	G9,G13,G3, G14,G8,G2,G1, G6,G15,G11,G5 ,G4,G16,G12=1 5	G10, G7,=2	K1,K8,K1,K 3,K1,K2,K2, K3,K12,K5, K4,K4=12	K9,K9, G11,K7 =4
<b>Rehabilitasyon Hizmetleri</b>	G16,G12,G 1,G13,G4, G3=6	G16,G12, G1,G13,G 4,G3=6		G16,G12,G1,G1 3,G4,G3=6		K2,K8,K4,K 1=4	K11,K7 =2

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde hekimlik hizmetleri, tedavi takibi ve bakımı, rehabilitasyon hizmetleri olarak 3 kod altında toplanmıştır.

Elde edilen çıktılara bakıldığında bu soruyu yanıtlayan 16 kişiden 5 kişi sundukları hizmet türünde hekimlik hizmeti ifadesi kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Dahiliye, nöroloji ve psikiyatri doktorları kuruluşumuzda hizmet vermekte, hemşire ve fizyoterapist hizmeti verilmekte.” ve “Aile Hekimimiz, hemşiremiz ve dış hizmet alımı yaptığımız hekimimiz mevcut.” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması hekimlik hizmetleri kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Hekimlik hizmeti sunan kurumların 4 özel, 1 kamu kurumu olduğu görülmektedir.

Hekimlik hizmeti sağladıklarını bildiren katılımcıların mesleki özellerine bakıldığında toplam 4 yönetici, 1 bakım personeli olduğu görülmektedir. Aynı zamanda hekimlik hizmeti sağladıklarını belirten 5 katılımcının 3’ü lisans, 1’i ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya cevap veren 16 kişinin hepsi tedavi takibi ve bakım hizmeti sunduklarını ifade etmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Bireylerin günlük ihtiyacı olan bakımları ve sağlık takibi olarak; ilaç, sıvı, kilo, şeker, tansiyon, gibi takipleri rutin olarak sağlanır.” ve “7/24 sağlık ve bakım hizmeti sağlanmaktadır.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması tedavi takibi ve bakım kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Tedavi ve bakım hizmeti veren kurumların 12’sinin özel, 4’ünün kamu kurumu olduğu tespit edilmiştir.

Tedavi ve bakım hizmeti verdiklerini belirten katılımcılara baktığımızda toplam 9 yönetici, 7 bakım personeli mevcuttur. Aynı zamanda tedavi ve bakım hizmeti sağladıklarını ileten katılımcıların 14’ü lisans, 2’si ön lisans ve aşağısı mezundur.

Diğer çıktılara bakıldığında ise bu soruyu yanıtlayan 16 katılımcıdan 6’sı rehabilitasyon hizmeti sundukları ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Öz bakımlarının yapılması, desteklenmesi, rutin sağlık takiplerinin yapılması, tedavilerin uygulanması, pansuman, enjeksiyon vb. ilaç takipleri, diyetlerinin takibi, fiziksel zihinsel egzersizler, fizik tedavi çalışmaları vb.” ve “ 24 saat hemşire ve yaşlı bakım personeli eşliğinde, gündüzleri hekim, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı eşliğinde bakım destek ve planlı tedavinin takibi.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması rehabilitasyon hizmetleri kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Rehabilitasyon hizmeti sağladıklarını belirten kurumların 4’ü özel kurum, 2’si kamu kurumudur. Katılımcıların meslek grubuna baktığımızda toplam 6 katılımcının hepsinin yönetici olduğu görülmektedir. Aynı zamanda rehabilitasyon hizmeti sağladıklarını belirten toplam 6 katılımcının hepsinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 3: Kurumunuzdaki misafirlerinize sunduğunuz rekreasyon hizmetleri ve imkanları nelerdir? Açıklayınız.**

**Tablo 5.14.** Kurumda Sunulan Rekreasyon Hizmetleri Tablosu

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Fiziksel ve Zihinsel Oyunlar</b>	G13,G1,G8,G9, G16,G6=6	G13,G1,G9, G16=4	G8,G6=2	G13,G1,G8, G9,G16,G6= 6		K8,K2, K1,K1, K3=5	K11=1
<b>Spor</b>	G5,G8,G13,G6, G7,G16,G1,G10 =8	G5,G13,G16, G1,G10=5	G8,G6,G7,=3	G5,G8,G13, G6,G16,G1= 6	G7, G10=2	K4,K1, K8,K3, K3,K2 =6	K11,K 9=2
<b>Sanatsal Etkinlik</b>	G13,G7,G14,G1 0,G11,G3,G6=7	G13,G4,G10, G3=4	G7,G14,G11,G 6=3	G13,G14,G1 1,G3,G6=5	G7, G10=2	K8,K3, K5,K1, K3=5	K9,K9 =2
<b>Sosyal Faaliyetler</b>	G10,G8,G9,G13, G15,G12,G5,G2, G3,G1=10	G10,G9,G13, G15,G12,G3, G1=7	G8,G5,G2,=3	G8,G9,G13, G15,G12,G5, G2,G3,G1=9	G10=1	K1,K1, K8,K1 2,K4,K 2,K1,K 2=8	K11,K 7=2
<b>Diğer</b>	G4=1	G4=1		G4=1		K4=1	

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde cevaplar fiziksel ve zihinsel oyunlar, spor, sanatsal etkinlik ( tiyatro, resim vb.) ve sosyal etkinlikler (hobi bahçesi, eliş, söyleşiler vb. ) olarak 4 kod altında toplanmıştır.

Elde edilen çıktılara bakıldığında bu soruya cevap veren 16 kişiden 6 kişi fiziksel ve zihinsel oyunlar ifadesi kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Yaşlıların fiziksel, sosyal ve zihinsel sağlığını iyileştirmek amacıyla doğa yürüyüşleri zihinsel ve fiziksel egzersizler, oyunlar, kuruluşumuzda günde en az bir defa olacak şekilde uygulanmaktadır.” ve “Bulmaca ve oyun etkinlikleri, eğlence organizasyonları, hobi bahçeleri...” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması fiziksel ve zihinsel oyunlar kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Fiziksel ve zihinsel oyunlar yapıldığını söyleyen kurumların 5 özel, 1 kamu kurumu olduğu görülmektedir.

Fiziksel ve zihinsel oyun faaliyetleri sağladıklarını bildiren kişilere baktığımızda toplam 4’ü yönetici, 2’si bakım personelidir. Aynı zamanda bu hizmeti sağladıklarını belirten katılımcıların hepsinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya cevap veren 16 kişiden 8 kişi spor ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Fiziki olarak geniş olanaklara sahip kuruluşumuzda, geniş bahçe ve yürüyüş sahası bulunmaktadır. Hobi bahçesi, spor aletleri, kamelyalar mevcuttur. Bina içerisinde ise spor salonu ve oyun sahası bulunmaktadır.” ve “Pandemi süreciyle birlikte bir miktar sekteye uğramakla birlikte; açık kapalı havuz, deniz, tenis kortları, basketbol sahası, aletli egzersiz salonu, seramik ve el sanatları atölyeleri, dönemsel plates, yoga.” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması spor kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Spor ve egzersiz çalışmaları yapıldığını belirten kurumların 6’sı özel, 2’si kamu kurumudur.

Spor ve egzersiz çalışmaları yapıldığını bildiren katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında toplam 5 yönetici, 3 bakım personeli olduğu görülmektedir. Aynı

zamanda bu hizmeti sağladıklarını söyleyen katılımcıların 6'sı lisans, 2'si ön lisans ve aşağısı mezundur.

Diğer çıktılara bakıldığında bu soruyu yanıtlayan 7 kişinin sanatsal etkinlik ifadesi kullandığı tespit edilmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Resim atölyesi, tiyatro, barbekü partisi, sosyal geziler (pandemi öncesi) ” ve “Kurumumuzda resim yapmak, spor salonunda spor yapmak, elişi gibi aktiviteler yaptırmak.” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması sanatsal etkinlik kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Sanatsal etkinlik yapıldığını belirten kurumların 5 özel, 2 kamu kurumu olduğu tespit edilmiştir.

Sanatsal etkinlik yapıldığını bildiren katılımcıların mesleklerine bakıldığında 4 yönetici, 3 bakım personeli olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu katılımcıların 6'sı lisans, 2'si ön lisans ve aşağısı mezundur.

Diğer çıktılara bakıldığında bu soruya cevap veren 10 kişi sosyal faaliyet ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu cümleler karşımıza çıkmaktadır:

“Hafıza güçlendirici oyunlar, sosyal faaliyetler, yürüme egzersizleri.” ve “Sosyal faaliyetler, sanatsal etkinlikler, bireysel ve grup çalışması ile sosyal etkinlikler.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması sosyal faaliyet kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Sosyal faaliyet yapıldığını belirten kurumların 8'inin özel, 2'sinin kamu kurumudur. Katılımcı kişilere bakıldığında toplam 7 yönetici, 3 bakım personeli olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında ise 9'u lisans, 1'i ön lisans ve aşağısı mezundur.

Son olarak yukarıda belirtilen sınıflandırma grubuna alınamayan ifade diğer kod başlığı altında toplanmıştır. Gruplara alınmayışının sebebi olan ifade ise şu şekilde kayıt altına alınmıştır: “Pandemi nedeniyle şimdilik bir çalışmamız yok.”

Diğer kod grubuna alınan görüşmenin özel kurumuna ait olduğu görülmektedir. İfadeyi kullanan katılımcıların görevine bakıldığında yönetici olduğu görülmektedir. Katılımcının mezuniyet düzeyine bakıldığında lisans mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 4: Kurumunuzdaki misafirleriniz ne kadar süreyle ne şekilde kalıyorlar? Açıklayınız.**

**Tablo 5.15.** Kurumda Misafirlerin Kalış Süresi Tablosu

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
İstediği Sürece	G13,G1,G2, G5,G6,G11, G15,G9,G4, G14,G3,G7, G12,G10,G1 6,G8=16	G13,G1,G15, G9,G4,G3,G1 2,G10,G16=9	G2,G5,G6,G 11,G14,G7, G8=7	G13,G1,G2, G5,G6,G11, G15,G9,G4, G14,G3,G12 ,G16,G8=14	G7,G10 =2	K8,K2,K2, K4,K3,K5, K12,K1,K 4,K1,K3,K 1=12	K9,K7, K9,K11 =4
Tedavi Süreci Tamamlanana Kadar	G1,G2=2	G1=1	G2=1	G1,G2=2		K2,K2=2	

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde istediği sürece, tedavi süresi tamamlanana kadar olarak 2 kod altında toplanmıştır.

Çıktılara bakıldığında bu soruyu yanıtlayan 16 katılımcının hepsi kurumda istedikleri sürece kalabilirler ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Hayatları boyunca istedikleri zaman ayrılacakları şekilde.” ve “Süresiz olarak ayrılmak istemedikleri sürece kalıyorlar.” ifadeleriyle kurulan cümleler içerisinde yer alması istediği sürece kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Yaşlı ve engellilerin istediği sürece kalabildiğini söyleyen katılımcıların kurumlarının 12’sinin özel, 4’ünün kamu kurumu olduğu görülmektedir.

Bu katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında toplam 9 yönetici, 7 bakım personeli olduğu görülmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında ise katılımcıların 14’ü lisans, 2’si ön lisans ve aşağısı mezundur.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya cevap veren 16 katılımcının 2'si istedikleri sürece kalabilecekleri haricinde tedavi süreci tamamlanmaya kadar kalabilecekleri ifadesini kullanmıştır. Cevaba yakından bakıldığında şu ifade karşımıza çıkmaktadır:

“Fizik tedavi süreci ya da sağlık süreci tamamlanana kadar.” ve “Tedavi süresi bitene kadar.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması tedavi süreci tamamlanmaya kadar kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Tedavi süreci tamamlanmaya kadar kalabileceklerini ileten katılımcılara baktığımızda 2'si de özel kurum çalışanı olup; 1'i yönetici, 1'i bakım personelidir. Aynı zamanda bu katılımcıların 2'si de lisans mezunudur.

**Soru 5: Kurumunuzdaki misafirlerin mali giderleri nereden karşılanıyor? Açıklayınız.**

**Tablo 5.16.** Mali Giderlerinin Kim Tarafından Karşılandığını Gösteren Tablo

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Kendisi</b>	G8,G1,G5,G4,G3,G7,G16,G13,G12=9	G1,G4,G3,G16,G13,G12=6	G8,G5,G7=3	G8,G1,G5,G4,G3,G16,G13,G12=8	G7=1	K1,K2,K4,K4,K1,K3,K8=7	K11,K7=2
<b>Ailesi</b>	G2,G1,G6,G4,G16,G5,G8,G3,G12,G7=10	G1,G4,G16,G3,G12=6	G2,G6,G5,G8,G7=4	G2,G1,G6,G4,G16,G5,G8,G3,G12=9	G7=1	K2,K2,K3,K4,K4,K1,K1,K3=8	K11,K7=2
<b>Devlet</b>	G9,G10,G16,G3,G15,G14=6	G9,G10,G16,G3,G15=5	G14=1	G9,G16,G3,G15,G14=5	G10=1	K1,K1K12=3	K9,K11,K9=3
<b>Bağış</b>	G11=1		G11=1	G11=1		K5=1	



Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde hizmeti alanların mali giderinin kendisi, ailesi, bağış ve devlet tarafından karşılandığını belirten 4 kod hazırlanmıştır.

Analiz edilen çıktılara bakıldığında bu soruyu cevaplayan katılımcıların 9'u gider masraflarının hizmeti alanların kendisi tarafından karşılandığını belirtmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Yaşlı bireyin akli dengesi yerinde ise kendisi, yerinde değilse yakını veya vasisi tarafından gideri karşılanır.” ve “Mali giderler SGK maaşları ile karşılanmanın yanında yakınlarının ekonomik destek oldukları da vardır.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması giderin hizmeti alan kişilerin kendisi tarafından karşılandığı kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Giderin hizmeti alan kişilerin kendisi tarafından karşılandığını söyleyen kurumların 7'si özel, 2'sinin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 6'sı yönetici, 3'ü bakım personelidir. Eğitim düzeylerine bakıldığında ise 8 katılımcının lisans, 1 katılımcının ön lisans ve altı olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya cevap veren 16 katılımcıdan 10'u mali giderlerin ailesi tarafından da karşılandığı ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“1. Dereceden yakınları (çocukları, eşi gibi).” ve “Aileleri tarafından karşılanıyor” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması giderlerin karşılanmasında aile kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Giderlerin aile tarafından karşılandığını belirten kurumların 8 özel, 4 kamu kurumu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleklerine baktığımızda toplam 6 yönetici, 4 bakım personeli yer almaktadır. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 9 lisans, 1 ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Diğer çıktıya bakıldığında 6 kişi hizmet giderlerinin devlet tarafından karşılandığı ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Bakanlık ve vakıf tarafından karşılanmaktadır.” ve “Kuruluşumuz tarafından giderilmektedir. Kişisel cüzi ihtiyaçları için devlet tarafından hesaplarına yatırılan harçlıkları bulunmaktadır.” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması mali giderlerin devlet tarafından karşılandığına dair kodun oluşmasını sağlamıştır.

Giderlerin devlet tarafından karşılandığını belirten kurumların 3'ünün özel, 3'ünün kamu kurumu olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleklerine baktığımızda toplam 5 yönetici, 1 bakım personeli yer almaktadır. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 5 lisans, 1 ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen son çıktıya bakıldığında ise 1 katılımcının hizmet giderlerinin bağış yoluyla karşılandığı ifadesine rastlanmaktadır. Cevaba yakından bakıldığında şu ifade karşımıza çıkmaktadır:

“Kuruma yapılan bağışlardan karşılanmaktadır.” ifadesinin bulunması bağış kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Giderlerin bağış yoluyla karşılandığını belirten kurumların özel bir kurum olduğu görülmektedir. Katılımcının özelliklerine bakıldığında lisans mezunu yönetici olduğu görülmektedir.

**Soru 6: Kurumunuzdan hizmet alanlarla, hizmet sonrası iletişiminiz devam ediyor mu? Ne tür geri dönüşler alıyorsunuz? Açıklayınız.**

**Tablo 5.17.** Hizmet Sonrası İletişimin Devamlılığının Değerlendirilmesi Tablosu

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Evet</b>	G8,G7,G3,G9,G5,G10,G1,G14,G4,G2=10	G3,G9,G10,G1,G4=5	G8,G7,G5,G14,G2=5	G3,G9,G5,G1,G14,G4,G2,G8=8	G7,G10=2	K1,K3,K1,K1,K4,K2,K4,K2=8	K9,K9=2
<b>Hayır</b>	G11,G13=2	G13=1	G11=1	G11,G13=2		K5,K8=2	
<b>Sınırlı</b>	G15,G12,G6,G16=4	G15,G12,G16=3	G6=1	G15,G12,G6,G16=4		K12,K3,K11=3	K7=1

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde kurumdan hizmet alanlar ile iletişimin devamlılığı sorulduğunda evet, hayır ve sınırlı ifadelerinin varlığı 3 kod oluşmasını sağlamıştır.

Çıktılara bakıldığında bu soruyu yanıtlayan 16 kişiden 10'u iletişimin devam ettiğini iletmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Tedavisi sonlanıp taburcu olan yaşlılarımızla görüşüyoruz. Olumlu dönüşler alınıyor.” ve “Devam ediyor. Son derece memnun kaldıklarını söylüyorlar.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması hizmeti alan kişilerle görüşme sağlanması kapsamında evet kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Görüşmelerin devam ettiğini belirten kurumların 8'inin özel, 2'sinin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 5'i yönetici, 5'i bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 8 lisans, 2 ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya görüşmelerinin devam etmediği yönünde 2 ifade kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında “Devam etmiyor. Kalınan süre ile ilgili olumlu dönüşler alıyoruz.” ve “Hayır devam etmiyor çoğunlukla burada vefat ediyor.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması hayır kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Görüşmelerin devam etmediğini belirten 2 kurumun özel olduğu görölmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 1’i yönetici, 1’i bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 2’si de lisans mezunudur.

Son çıktıya bakıldığında ise bu soruya görüşmelerinin sınırlı devam ettiğini belirten 4 ifade kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Engelli bireyler ile çalıştığımız için hafif engelliler ile telefon veya görüntülü olarak iletişimlerimiz devam etmektedir. Fakat ağır engelli bireylerde böyle bir durumu devam ettirmek biraz zor gibidir.” ve “Yatılı bakım hizmetinin süreklilik gerektiren bir durum olması nedeniyle nakil dışında pek ayrılma durumu olmamaktadır. Kimi durumlarda görüşme yapılma suretiyle iletişim kurulmaktadır.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması sınırlı kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Görüşmelerin sınırlı devam ettiğini belirten kurumların 3’ünün özel, 1’inin kamu kurumu olduğu görölmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 3’ü yönetici, 1’i bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeyleri ise 4 kişinin de lisans mezunu olduğu görölmektedir.

**Soru 7: Kurumunuzda yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir? Açıklayınız.**

**Tablo 5.18.** Yaşlı ve Engelli Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneriler Tablosu

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
İnsan Kaynakları	Eğitim	G13,G8=2	G13=1	G8=1	G13,G8=1		K8,K1=2	
	Personel Desteği	G1,G13,G10=3	G1,G13,G10=3		G1,G13=2	G10=1	K2,K8=2	K9=1
Fiziki Yapı		G2,G10,G12,G16=4	G10,G12,G16=3	G2=1	G2,G12,G16=3	G10=1	K2=1	K9,K7,K11=3
Devlet Desteği		G11,G13,G9,G5=4	G13,G9=2	G11,G5=2	G11,G13,G9,G5=4		K5,K8,K1,K4=4	
Sosyal Faaliyetler		G14,G4=2	G4=1	G14=1	G14,G4=2		K4=1	K9=1
Diğer		G6,G7,G15=3	G15=1	G6,G7=2	G6,G15=2	G7=1	K3,K3,K12=3	

Verilen yanıtlar incelendiğinde insan kaynakları, fiziki yapı, devlet desteği ve sosyal faaliyetler, diğer olarak beş ana kod altında toplanmıştır.

Elde edilen çıktılara bakıldığında katılımcıların personel desteği, eğitim gibi ifadelerde bulunması insan kaynaklarını kodunun oluşmasını sağlamıştır. İnsan kaynakları kodunun altında eğitim ve personel desteği olmak üzere iki alt kod oluşturulmuştur. Verilen cevaplara yakından baktığımızda şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Nitelikli personel ihtiyacının karşılanması ve standardize edilmiş periyodik hizmet içi eğitim sektörün önemli ihtiyaçlarından.” ve “Eğitimi iyi personeller, hizmet içi eğitimlerin sürekli ve düzenli olması, kuruluşun her anlamda şartların iyi olması. Planlı ve koordineli çalışması, personel ve aileler ile etkileşimin iyi olması.” ifadeleri insan kaynakları kodunun altında eğitim alt kodunun olmasını sağlamıştır.

İnsan kaynakları kodunun altında şu ifadelerin varlığı: “Personel sayısı yeterli olmalı. Çalışanların maaş düzenlemesi yapılmalı.” ve “Kuruluş olanakları artırılabilir, personel sayısı artırılabilir ya da stajyer desteği alınır.” ifadelerin bulunması personel desteği alt kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Eğitim alt kodu incelendiğinde ifadeyi kullanan kurumların 2 özel kurum olduğu, personel desteği görüşünü iletenlerin ise 2 özel, 1 devlet kurumu olduğu görülmektedir.

Yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için eğitim ifadesi kullanan kişilere baktığımızda 1 yönetici, 1 bakım personeli; personel desteği ifadesini kullananlara baktığımızda 3 yönetici olduğu görülmektedir.

Eğitim ifadesini bildiren kişilere baktığımızda toplam 2 lisans; personel desteği ifadesini kullanan kişilere baktığımızda toplam 2 lisans, 1 ön lisans ve aşağısı mezunu katılımcı olduğu görülmektedir.

Elde edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 4 kişi fiziki yapı ifadesi hakkında görüş iletmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Kurum binaları dikey değil yatay mimari şeklinde projelendirilebilir.” ve “Binaların yatay mimari olduğu, avlu bahçe sistemlerinin olduğu, market, dispanser, kuaför, kahvehane vb. dükkan ve caddelerin olduğu iş atölyeleri (marangoz, balıkçılık, tarım) sera, ahır vb. olduğu bir yaşam köyü hizmet alınabilir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması fiziki yapı kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Fiziki yapı ifadesini belirten kurumların 1 özel, 3’ünün kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 3’ü yönetici, 1’i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3’ünün lisans, 1’inin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya 4 kişi devlet desteği ifadesi kullanmıştır. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Artık çağın çok gerisinde kalan yönetmeliğin bilimsel ve gerçekçi bir bakış açısıyla yeniden düzenlenmesi ile emeklilik ve sosyal güvenlik fonlarından bu hizmete ihtiyaç duyan vatandaşların giderlerinin en azından bir kısmının karşılanarak bakım hizmetlerinde de fırsat eşitliğinin sağlanması gerekmektedir. Buna bağlı olarak daha iyi hizmet sunabilmemiz için iyi yetişmiş personele, gereksiz ve faydasız bürokratik işlemlerden kurtulmaya ihtiyaç vardır. En önemlisi insanca bir hizmeti bu günkü ekonomik koşullarda emekli birinin yanından bile geçemeyeceği fiyatlara sunmak zorunda olduğumuz için insanların istenen seviyedeki hizmeti satın alabilecek refah seviyesine, ekonomik güçte olmalarına veya sosyal güvence sistemi desteklemesine ihtiyacımız var.” ve “Bakanlık ve il müdürlüğü tarafından daha çok destek verilebilir.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması devlet desteği kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Devlet desteği ifadesini belirten 4 görüşmenin de özel kurum olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 2’si yönetici, 2’si bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 4’ünün de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Elde edilen diğer çıktıya bakıldığında bu soruya sosyal faaliyetler ifadesini belirten 2 katılımcı bulunmaktadır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Ekonomik olanaklara göre sosyal faaliyet düzenlenebilir.” ve “Pandemi bitiminde toplu yapılacak faaliyetler olabilir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması sosyal faaliyetler kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Sosyal faaliyet ifadesini belirten kurumların 1’i özel, 1’inin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 1’i yönetici, 1’i bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 2 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Son olarak yukarıda belirtilen sınıflandırma grubuna alınamayan 3 ifade diğer kod başlığı altında toplanmıştır. Gruplara alınmayışının sebebi olan ifadeler ise şu

şekilde kayıt altına alınmıştır: “Rahat, huzurlu yaşamaları için gereken her şey.” ve “Hizmetlerin gelişmiş olduğunu düşünüyorum.”

Diğer kod grubuna alınan görüşmelerin 3’ünün de özel kuruma ait olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 1’i yönetici, 2’si bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 2 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 8: Yaşlı ve engelli turizmi kavramlarını biliyor musunuz? Yaptığımız iş bu kapsamda sayılır mı? Açıklayınız.**

**Tablo 5.19.** Yaşlı ve Engelli Turizmi Kavramı Bilinirlik ve Sundukları Hizmetle Karşılaştırma Tablosu

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
	<b>Evet</b>	G10,G13=2	G10,G13=3		G13=1	G10=1	G13=1	G10=1
<b>Biliyorum</b>	<b>Hayır</b>	G8,G16,G1,G9,G4,G12,G5,G3=8	G16,G1,G9,G4,G12,G3=6	G8,G5=2	G8,G16,G1,G9,G4,G12,G5,G3=8		K8,K1,K1,K4,K4,K1=6	K11,K7=2
<b>Bilmiyorum</b>		G2,G11,G7,G15,G6,G14=6	G15=1	G2,G11,G7,G6,G14=5	G2,G11,G15,G6,G14=5	G7=1	K2,K5,K3,K12,K3=5	K9=1

Yaşlı ve engelli turizmi kavramları bilinirliği hakkında verilen yanıtlar incelendiğinde biliyorum ve bilmiyorum olarak 2 ana kod oluşturulmuştur. Biliyorum ana kodu altında katılımcıların yaşlı ve engelli turizmi kavramları ile verdikleri hizmetin bu kapsamda sayılıp sayılmamasına yönelik verdiği yanıtlar için evet ve hayır olmak üzere iki alt kod hazırlanmıştır.

Verdikleri hizmetin yaşlı ve engelli turizmi kapsamında olduğunu ifade edenler için oluşturulan evet kodu altında verilen cevaplara yakından baktığımızda şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:



“Evet, yaptığımız iş bu kapsamda sayılabilir. Zira misafirlerimizin önemli bir bölümü “gurbetçi” diye bilinen yurtdışında yaşayan/yaşamış bireyler veya onların yakını. Bir önceki maddede belirttiğimiz gibi hizmetin niteliğini artırdığımızda otomatik olarak ülkemizde yaşayan insanların alım gücünün üzerine çıkmak zorunda kalıyorsunuz. Geçmişte Türk vatandaşı olmayan misafirlerimizde oldu ancak az sayıda.” ve “Evet bulunduğumuz kurumda ülkenin her kısmından insan var. Hatta Antalya’ da olmamıza rağmen buralı hastamız bir veya iki tanedir.” ifadeleri evet kodunun olmasını sağlamıştır.

İncelendiğinde ifadeyi kullanan kurumların 2 özel, 1 kamu kurumu olduğu görülmektedir. Katılımcı kişilerin özelliklerine bakıldığında 3 kişinin yönetici olarak görev yaptığı 2 katılımcının lisans, 1 katılımcının ön lisans ve aşağısı olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında verdikleri hizmetin yaşlı ve engelli turizmi kapsamında olmadığını ifade edenler için oluşturulan hayır kodu altında verilen cevaplara bakıldığında;

“Konu hakkında kısmi bilgiye sahibim. Yaptığımız işin bu kapsamda olduğunu düşünmüyorum. Ağırlıklı olarak bakım hizmeti vermekteyiz.” ve “Biliyorum fakat yaşlı ve engelli bireylerimiz bu iş kapsamına girebilecek profilde değil.” ifadeleri görülmektedir.

Hayır kodu altında bulunan kurumların 5’i özel, 2’sinin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 5’i yönetici, 2’si bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise hepsinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 6 kişi tarafından konu hakkında bilgisi olmadığı ifadesi kullanmıştır. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Bilğim yok.” ve “Bilmiyorum.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması bilmiyorum kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Bilmediğini ifade eden 6 katılımcıların 5’i özel kurumda, 1’i devlet kurumunda görev yapmaktadır. Bilmiyorum ifadesini kullanan katılımcıların görev dağılımına

baktığımızda 1'i yönetici, 5'i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 5 lisans, 1 ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 9: Ülkemizin yaşlı ve engelli turizmi potansiyeli var mı? Nasıl değerlendirirsiniz? Açıklayınız.**

**Tablo 5.20. Ülkemizin Yaşlı ve Engelli Turizmi Potansiyeli Değerlendirme Tablosu**

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Olumsuz Görüşler</b>	Ekonomik Yetersizlik	G12,G14,G1,G3=4	G12,G1,G3=3	G14=1	G12,G14,G1,G3=4		K2,K1=2	K7,K9=2
	Yaşlı Potansiyeli	G9=1	G9=1		G9=1		K1=1	
<b>Olumlu Görüşler</b>	Farklılık	G4,G10=2	G4,G10=2		G4=1	G10=1	K4=1	K9=1
	Talep Miktarı	G8=1		G8=1	G8=1			K1=1
	Politika ve Tanıtım	G13=1	G13=1		G13=1		K8=1	
<b>Potansiyel Var</b>		G5,G7,G6,G16=4	G16=1	G5,G7,G6=3	G5,G6,G16=3	G7=1	K4,K3,K3=3	K11=1
<b>Diğer</b>		G15,G11,G2=3	G15=1	G11,G2=2	G15,G11,G2=3		K12,K5,K2=3	

Soruya verilen yanıtların yoğunlaştığı alan incelendiğinde olumsuz görüş, olumlu görüş, potansiyel var ve diğer olarak dört ana kod altında toplanmıştır.

Tespit edilen sonuçlara bakıldığında bu soruya cevap veren 5 kişi olumsuz görüş iletmıştır. Olumsuz görüş kodunun altında ekonomik yetersizlik ve yaşlı potansiyeli olmak üzere iki alt kod oluşturulmuştur.

Olumsuz görüş olarak ekonomik yetersizliği belirten gruplama sınıfını incelediğimizde “Türkiye’den yurtdışına yaşlı ve engelli turizmi çok az oranda olduğunu düşünüyorum. Ekonomini sebebi ile az oranda olduğunu düşünüyorum.” ve

“Bence yok ekonomik sorunlar ve kültürel özellikler bu duruma engel.” ifadeleri karşımıza çıkmaktadır.

Olumsuz görüş olarak yaşlı potansiyelinin yetersiz olduğu görüşünü ileten şu ifadenin varlığı: “Ülkemizde yaşlı ve engelli bireylerin potansiyeli bulunmamaktadır.” yaşlı potansiyeli kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Ekonomik yetersizliği belirten kurumların 2 özel, 2 devlet kurumu olduğu, yaşlı potansiyelinin yetersiz olduğunu belirten 1 kurumun özel olduğu tespit edilmiştir.

Ekonomik yetersizliği bildiren kişilere baktığımızda toplam 3 yönetici, 1 bakım personeli; yaşlı potansiyelinin yetersizliğini bildiren kişinin 1 yönetici olduğu görülmektedir.

Ekonomik yetersizliği bildiren 4 kişinin lisans; yaşlı potansiyelinin yetersizliğini bildiren 1 kişinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer ifadelere bakıldığında olumlu görüş ileten kodunun altında farklılık, talep miktarı, politika ve tanıtım olmak üzere üç alt kod oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

Olumlu görüş olarak farklılık önerisini belirten kodlama sınıfını incelediğimizde “Evet var ama bu tip uygulamalar başka ülkelerde de var. Bizi tercih etmeleri için iyi bir fark yaratmamız gerekli.” ve “Elbette var. Ülkemizin yaşlısına bakımına bağlıdır. Önemli olan sadece günlük bakımlarını yapmak değil keyifli zaman geçirmelerini sağlamak ve aktif bir yaşam olanağı sunmak. Ne kadar keyifli güzel vakit geçirmelerini sağlarsak daha iyi talep oluşabilir.” ifadeleri görülmektedir.

Olumlu görüş ileten şu ifadenin varlığı: “Potansiyel var ama ilerleyen dönemlerde ancak talep doğrultusunda değerlendirilebilir.” talep miktarı kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Olumlu görüş ileten şu ifadenin varlığı: “Potansiyelimiz yüksek. Refah seviyesi yüksek, özellikle Avrupa ülkelerinden doğru bir politika, alt yapı ve tanıtımla zorlanmadan bu konuda yüksek düzeyde bir arz oluşturulabilir.” politika ve tanıtım kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Farklılık görüşünü belirten kurumların 1 özel, 1 devlet kurumu, talep miktarı belirten kurumun 1 devlet, politika ve tanıtım görüşünü ileten kurumun 1 özel kurum olduğu görülmektedir.

Farklılık görüşünü bildiren kişilere baktığımızda toplam 2 yönetici; talep miktarı görüşünü ileten 1 kişinin bakım personeli; politika ve tanıtım görüşünü bildiren 1 kişinin yönetici olduğu görülmektedir.

Farklılık görüşünü bildiren kişilerin 1'i lisans, 1'i ön lisans ve altı mezunu; talep miktarı ve politika tanıtım görüşünü bildiren 2 kişinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 4 kişinin sadece potansiyel var ifadesini iletmesi üzerine potansiyel var kodu oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Potansiyelin çok yüksek olduğunu düşünüyorum.” ve “Potansiyel var” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması kodun oluşmasını sağlamıştır.

Potansiyel var kodu altında bulunan kurumların 3'ü özel, 1'nin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 1'i yönetici, 3'ü bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Son olarak yukarıda belirtilen sınıflandırma grubuna alınamayan ifadeler diğer kod başlığı altında toplanmıştır. Gruplara alınmayışlarının sebebi olan ifadeler ise şu şekilde kayıt altına alınmıştır: “Fikrim yok.” ve “ Bilmiyorum.”

Diğer kod grubuna alınan görüşmelerin 3 özel kuruma ait olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 1'i yönetici, 2'si bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 10: Ülkemizde yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir? Açıklayınız.**

**Tablo 5.21.** Yaşlı ve Engelli Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Öneri Tablosu

Ana Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
		Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
<b>Denetleme Süreci</b>	G10,G11=2	G10=1	G11=1	G11=1	G10=1	K5=1	K9=1
<b>Sosyal Faaliyet</b>	G8,G15,G16=3	G15,G16=2	G8=1	G8,G15,G16=3		K1,K12=2	K11=1
<b>Fiziki Koşullar</b>	G8,G9,G10,G12,G16=5	G9,G10,G12,G16=4	G8=1	G8,G9,G12,G16=4	G10=1	K1,K1=2	K9,K7,K11=3
<b>Eğitim</b>	G7,G13=2	G13=1	G7=1	G13=1	G7=1	K3,K8=2	
<b>Kurum Sayısı</b>	G3,G6,G7,G9=4	G3,G9=2	G6,G7=2	G3,G6,G9=3	G7=1	K1,K3,K3,K1=4	
<b>Toplum Bilinci</b>	G1,G4,G15=3	G1,G4,G15=3		G1,G4,G15=3		K2,K4=2	K12=1
<b>Devlet Desteği</b>	G1,G4,G5,G6,G10,G12,G13,G16=8	G1,G4,G10,G12,G13,G16=6	G5,G6=2	G1,G4,G5,G6,G12,G13,G16=7	G10=1	K2,K5,K4,K3,K8=5	K9,K7,K11=3
<b>Diğer</b>	G2,G14=2		G2,G14=2	G2,G14=2		K2=1	K9=1

Soruya verilen yanıtlar incelendiğinde Türkiye’de yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına önerilerde denetleme süreci, sosyal faaliyet, fiziki koşullar, eğitim, kurum sayısı, toplum bilinci, devlet desteği ve diğer olarak 8 kod oluşturulmuştur.

Tespit edilen çıktılara bakıldığında bu soruya cevap veren 2 kişi tarafından denetleme süreci ifadesini kullanmıştır. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“40-50 kişilik kapasiteyi aşmayacak şekilde düzenlenmeli ve daha iyi kontrol denetim sağlanmalı.” ve “Denetimler verimli hala getirilebilir, pandemi gibi olağanüstü durumlarda yaşlıların mağduriyetini önleyecek kararlar daha doğru alınabilir.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması denetim süreci kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Denetim süreci kodu altında bulunan kurumların 1’i özel, 1’i kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 1’i yönetici, 1’i ise bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 1 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Elde edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 3 kişinin sosyal faaliyetler hakkında görüş iletmesi üzerine sosyal faaliyetler kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında; “Normal bakım, huzurevi yaşlılarına da aynı yaşam köyünde kendi zevkleri, hobilerine veya mesleklerine yönelik tarım alanları, seralar, inek, koyun, atları otlama meraları, balıkçılık için göl, deniz kenarı olmalı. Ortaya çıkan ürünler yine bu yaşam köyü pazarında satılabilmeli. Tüm yaşam köyü pazarı dükkanları halka açık olmalı. Sergi binası, restoran vb. olmalı. Normal halkında yaşayıp keyif alabileceği bir mekan olmalı.” ve “Yaşlı ve engelli bakım merkezlerinin fiziki koşullarının geliştirilmesi, sosyal faaliyetlerin artırılması.” ifadeleri karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal faaliyet kodu altında bulunan kurumların 1’i özel, 1’inin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 2’si yönetici, 1’i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 5 kişinin fiziki yapı ifadesini iletmesi üzerine fiziki koşullar kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında; “Bakım merkezleri artırılabilir. Bakım merkezlerinin fiziki alt yapısı düzenlenmelidir.” ve “Kompleks yapılar standartlaşmış birimlere ayrılmış ihtisaslaşan birimlerden müteşekkil bir kurum olmalı.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması fiziki koşullar kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Fiziki koşullar kodu altında bulunan katılımcıların kurumlarının 2'si özel, 3'ünün kamu kurumu olduğu görölmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 4'ü yönetici, 1'i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 4 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görölmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılarına bakıldığında bu soruya 2 kişinin eğitim ifadesini iletmesi üzerine eğitim kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Nitelikli personel ihtiyacının karşılanması ve standardize edilmiş periyodik hizmet içi eğitim sektörün önem ihtiyaçlarından.” ve “Daha fazla özel bakım uygulanabilecek kurumlar açılabilir. Eğitimler artırılabilir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması eğitim kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Eğitim kodu altında bulunan katılımcıların 2'sinin de özel kurumda görev aldığı görölmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 1'i yönetici, 1'i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 1 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görölmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılarına bakıldığında bu soruya 4 kişinin kurumların artırılması hakkında ifade iletmesi üzerine kurum sayısı kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Daha fazla engelli bakım merkezi açılabilir. Sayı Türkiye' de oldukça az olduğunu düşünüyorum.” ve “Daha fazla özel bakım uygulanabilecek kurumlar açılabilir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması kurum sayısı kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Kurum sayısı kodu altında bulunan katılımcıların görev aldığı kurumların 4'ünün özel kurum olduğu görölmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 2'si yönetici, 2'si bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görölmektedir.

Diğer çıktılara bakıldığında 3 kişinin toplumun bilinçlendirilmesi hakkında ifade iletmesi üzerine toplum bilinci kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Ülkemizde yaşlıyı terk etmek gibi algılanıyor halk bilinçlendirilmeli.” ve “Toplumun bilinçlendirmek gerekir, bu tür kurumlara devlet desteği yapılması gerekir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması toplum bilinci kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Toplumun bilinçlendirilmesi kodu altında bulunan kurumların 2’si özel, 1’inin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 3 kişinin de yönetici olduğu görülmektedir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 3 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Elde edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 8 kişinin devlet desteği ifadesini iletmesi üzerine devlet desteği kodu oluşturulmuştur. Cevaplara yakından bakıldığında;

“Sağlık sigortası şeklinde bakım sigortasının yapılması yönünde bir sistem gerekmektedir.” ve “Çağın çok gerisinde kalan yönetmeliğin bilimsel ve gerçekçi bir bakış açısıyla yeniden düzenlenmesi ile emeklilik ve sosyal güvenlik fonlarından bu hizmete ihtiyaç duyan vatandaşların giderlerinin en azından bir kısmının karşılanarak bakım hizmetlerinde de fırsat eşitliği sağlanması gerekmektedir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması devlet desteği kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Devlet desteği kodu altında bulunan kurumların 5’i özel, 3’ünün kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 6’sı yönetici, 2’si bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 7 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

Son olarak yukarıda belirtilen sınıflandırma gruplarına alınamayan ifadeler diğer kod başlığı altında toplanmıştır. Gruplara alınmayışlarının sebebi olan ifadeler ise; “Fikrim yok.” ve “Bilmiyorum.” şeklinde kayıt altına alınmıştır.



Diğer kod grubuna alınan görüşmelerin 1’i özel, 1’i kamu kurumuna ait olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 2’si de bakım personelidir. Personellerin mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 2 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

**Soru 11: Uzun yaşam köylerinden haberdar mısınız? Hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz? Açıklayınız.**

**Tablo 5.22.** Uzun Yaşam Köyleri Bilinirlik Değerlendirme Tablosu

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
Biliyorum	Olumlu Görüş	G4,G6,G13, G16,G5,G9, G15=7	G4,G13,G 16,G9,G15 =5	G6,G5=2	G4,G6,G1 3,G16,G5, G9,G15=7		K4,K3,K 8,K4,K1, K12=6	K11=1
	Olumsuz Görüş	G11=1		G11=1	G11=1		K5=1	
Bilmiyorum		G3,G2,G7, G8,G10,G1 1,G12,G14, =8	G3,G10,G 12=3	G2,G7,G 11,G14, G8=5	G3,G2,G1 1,G12,G14 ,G8=6	G10,G7=2	K1,K2,K 3,K5,K1 =5	K9,K7 ,K9=3

Uzun yaşam köylerinin bilinirliği hakkında verilen yanıtlar incelendiğinde biliyorum ve bilmiyorum olarak 2 ana kod oluşturulmuştur. Biliyorum ana kodu altında katılımcıların uzun yaşam köylerinde verilen hizmet hakkındaki düşünceleri olumlu görüş ve olumsuz görüş olarak iki alt kod altında toplanmıştır. Verilen cevaplara yakından baktığımızda şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Evet ve ülkemizde gelişmesini destekliyorum.” ve “Evet haberdarım çok beğeniyorum.” ifadeleri olumlu görüş kodunun olmasını sağlamıştır.

“Haberdarım. Toplu yaşanan yerlerin kışla gibi olduğunu, yaşlıların toplumdan tecrit edildiğini ya da bu hizmeti alan herkesin tecrit edildiğini düşünüyorum.” ifadesi ise olumsuz görüş alt kodunun oluşmasını sağlamıştır.

İncelendiğinde olumlu görüş kullanan katılımcıların 6’sı özel kurum, 1’inin kamu kurumu çalışanı olduğu görülmektedir. Katılımcı kişilerin özelliklerine

bakıldığında 5 kişinin yönetici, 2 kişinin bakım personeli olarak görev yaptığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında ise hepsinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Olumsuz görüş ileten katılımcının ise özel bir kurumda çalışan lisans mezunu bakım personeli olduğu görülmektedir.

Tespit edilen diğer çöktılara bakıldığında bu soruya 8 kişinin “Bilmiyorum, fikrim yok, duymadım.” şeklinde ifade iletmesi üzerine ‘bilmiyorum’ kodu oluşturulmuştur. Cevaplara bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Haberdar değiliz.” ve “Bilgim yok.” ifadelerinin kurulan cümleler içerisinde yer alması bilmiyorum kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Bilmiyorum kodu altında bulunan kurum katılımcılarının 5’i özel, 3’ünün kamu kurumu çalışanı olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 3’ü yönetici, 5’i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 6 katılımcı lisans, 2 katılımcı ön lisans ve altı mezunu olduğu görülmektedir.

Bu durumda yarı yapılandırılmış mülakatımıza katılan 16 kişinin % 50’ sinin uzun yaşam köyleri hakkında bilgisinin olmadığını göstermektedir.

**Soru 12: Konuyla ilgili diğer görüş ve önerileriniz nelerdir? Açıklayınız.**

**Tablo 5.23.** Uzun Yaşam Köyüne Yönelik Görüş ve Öneri Tablosu

Ana Kod	Alt Kod	Katılımcı	Aldığı Görev		Eğitim		Çalıştığı Kurum	
			Yönetici	Bakım Personeli	Lisans	Ön lisans ve Altı	Özel	Kamu
Fiziki Yapı	Kapasite ve Konum	G1=1	G1=1		G1=1		K2=1	
	Branşlaşma	G9,G16=2	G9,G16=2		G9,G16=2		K1=1	K11=1
Devlet Desteği		G3,G6,G16=3	G3,G16=2	G6=1	G3,G6,G16=3		K1,K3=2	K11=1
Çalışan Özellikleri		G8=1		G8=1	G8=1		K1=1	
Fikrim Yok		G2,G5,G7,G11,G12,G13,G14,G15=8	G12,G13,G15=3	G2,G5,G7,G11,G14=5	G2,G5,G7,G11,G12,G13,G14,G15=7	G7=1	K2,K4,K3,K5,K8,K12=6	K7,K9=2
Diğer		G4,G10=2	G4,G10=2		G4=1	G10=1	K=4	K9=1

Verilen yanıtlar incelendiğinde insan kaynakları, fiziki yapı, devlet desteği, çalışan özellikleri, fikrim yok ve diğer olarak beş kod altında toplanmıştır.

Tespit edilen çıktıları bakıldığında katılımcıların kapasite, konum ve branşlaşma gibi ifadelerde bulunması fiziki yapı kodunun oluşmasını sağlamıştır. Fiziki yapı kodunun altında kapasite ve konum ile branşlaşma olmak üzere iki alt kod oluşturulmuştur. Verilen cevaplara yakından baktığımızda şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Bu tür yerlerin daha küçük kapasite ile merkezden uzak olmadan yapılmasının uygun olduğunu düşünüyorum.” ifadesi konum ve kapasite alt kodunun olmasını sağlamıştır.

“Huzurevi modelleri yaşam köyü formatına yönelik olmalı. Değişimlerin bu yönde ve yeni yapılar kompleks yapılar olmalı. Kompleks yapılar standartlaşmış birimlere ayrılmış ihtisaslaşan birimlerden müteşekkil bir kurum olmalı. Örneğin bir blok sadece alzheimerlı yaşlılara, bir blok fiziksel engelli olan yaşlılar, bir blok ruhsal

ya da psikiyatrik engeli olan yaşlılara, bir blok madde bağımlılığı olan yaşlılara hizmete yönelik ihtisas sahibi olmalı. Yaşam köyünde laboratuvar, uzman doktorların dahiliye, psikiyatri, nöroloji, kardiyoloji gibi olduğu küçük bir poliklinik olmalı. Metropollerde huzurevleri birleştirilerek bu şekilde 1500-2000 kapasiteli kompleks yapılar yapılması mümkündür. Bence yaşlı maliyeti göz önünde bulundurulduğunda uzun vadede ekonomik bir proje olacaktır.” ve “Bakım merkezleri eşit derecede artırılmalı, ihtiyaç durumuna göre engel grubuna ayrılmalı.” ifadelerin bulunması branşlaşma alt kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Kapasite ve konum alt kodu incelendiğinde ifadeyi kullanan 1 katılımcının kurumunun özel kurum olduğu, branşlaşma görüşünü iletenlerin kurumunun ise 1’inin özel, 1’inin devlet kurumu olduğu görülmektedir.

Uzun yaşam köyü için kapasite ve konum ifadesi kullanan katılımcılara bakıldığında yönetici ve lisans mezunu olduğu görülmektedir. Branşlaşma ifadesini kullananlara bakıldığında ise ikisinin de yönetici ve lisans mezunu oldukları görülmektedir.

Tespit edilen diğer çıktılara bakıldığında bu soruya 3 kişi devlet desteği ifadesi hakkında görüş iletmiştir. Cevaplara yakından bakıldığında şu ifadeler karşımıza çıkmaktadır:

“Engelli bakım merkezlerinin artırılması gerektiği ve konuya daha fazla devlet desteği olması gerektiğini düşünüyorum.” ve “Bu hizmet özel sektörden alınıp devlet hizmeti haline getirilebilir.” ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması devlet desteği kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Devlet desteği ifadesini belirten katılımcıların kurumlarının 2’sinin özel, 1’inin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 2’si yönetici, 1’i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeyleri incelendiğinde ise 3 kişinin de lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Başka ifadeye bakıldığında bu soruya 1 katılımcı personel özellikleri hakkında görüş bildirmiştir. Cevaba yakından bakıldığında; “Gönüllülük esas olan bir hizmette personel konusunda seçici olunması gerektiğini düşünüyorum. Bunun dışında bireyler için en önemli konu; sağlık ve bakım dışında, sosyal katılım, ilgi, alaka ve sevgidir.” ifadesinin kurulan cümleler içerisinde yer alması personel özellikleri kodunun

oluşmasını sağlamıştır. Bu görüşü ileten katılımcının kurumunun özel olduğu görülmektedir. Katılımcının görevine baktığımızda lisans mezunu bir bakım personeli olduğu görülmektedir.

Diğer çıktılar incelendiğinde bu soruya fikrim yok ifadesini belirten 8 katılımcı bulunmaktadır. Cevaplara bakıldığında “Fikrim yok.” ve “Bilmiyorum.” gibi ifadelerin kurulan cümleler içerisinde yer alması fikrim yok kodunun oluşmasını sağlamıştır.

Fikrim yok ifadesini belirten kurumların 6’sının özel, 2’sinin kamu kurumu olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına bakıldığında 3’ü yönetici, 5’i bakım personelidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 7 kişinin lisans, 1 kişi ön lisans ve altı mezunu olduğu görülmektedir.

Son olarak yukarıda belirtilen sınıflandırma grubuna alınamayan ifadeler diğer kod başlığı altında toplanmıştır. Gruplara alınmayışlarının sebebi olan ifadeler ise şu şekilde kayıt altına alınmıştır: “Bence ülkemiz için çok güzel olur.” ve “Güzel bir uygulama başarılı olabilir.” şeklinde genel görüşler diğer sınıflama grubuna alınmıştır.

Diğer kod grubuna alınan görüşmelerin 1’inin özel, 1’inin kamu kurumuna ait olduğu görülmektedir. İfadeleri kullanan katılımcıların görev dağılımına baktığımızda 2’si de yöneticidir. Katılımcıların mezuniyet düzeylerine bakıldığında ise 1 kişinin lisans, 1 kişinin ön lisans ve aşağısı mezunu olduğu görülmektedir.

## 6. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen bulgular literatür bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Nicel bulgular incelendiğinde;

Demografik verilerde engelli ve yaşlı bakım hizmeti alan kişilerin %99,5'inin Türk vatandaşı olduğu tespit edilmiştir. Bu durum Türkiye'de ileri yaş ve engelli turizmde bakımevi kullanan yabancı turist sayısının düşük olduğunu göstermektedir. Yabancı turist sayısının düşük olmasında politika ve tanıtım, mevzuat, altyapı çalışmaları, nitelikli personel eksikliği, kurum sayısı ve teknoloji gibi birçok sebebin etkili olduğu düşünülmektedir. Türkiye'deki sağlık turizmi politikalarının, sektörel hedefler bağlamında mevcut durumunun değerlendirilmesine bakıldığında Türkiye'de yaşlı ve engelli turizminin medikal turizme göre daha düşük bir alt yapı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Arı, 2022). Yine Arı'nın yapmış olduğu değerlendirmede Türkiye'nin planladığı hedeflere ulaşamadığı, ulaşabilmesi için ise özellikle termal turizm ve yaşlı, engelli sağlık turizmine yönelmesi gerekliliğini vurgulamıştır (Arı, 2022).

Diğer bulgular incelendiğinde bakımevlerinden hizmet alan katılımcıların genel tatmin durumlarının yüksek olduğu görülmüştür. Hizmeti alan katılımcıların önceliklerinin sağlık ve ekonomik güçlük olması, kurumdan aldıkları diğer hizmetlere ihtiyaç duyma gereksinimi hissetmelerinin tatmin oranlarını etkilediği düşünülmektedir. Yaşlı bakımevlerinde hizmet kalitesinin ölçümü üzerine yapılmış çalışmaya bakıldığında üç yaşlı bakımevi katılımcılarının bulunduğu araştırma ile karşılaşılmaktadır. İlgili araştırmada katılımcıların genel olarak hizmetten memnun olduğu görülmüştür (Çetin ve Kuzucu, 2019). Çalışma sonuçlarının benzerlik göstermesi destekleyici niteliktedir. Ancak 2014 yılında yapılan bir araştırma da ise yaşlılara bakıma muhtaç olduklarında kendilerine kimin bakmasını istedikleri sorulduğunda %61,2'si çocuklarının, %16,4'ü eşinin, %9,5'i gelininin, %3,9'u sağlık personelinin bakmasını istediğini söylemiştir. Yaşlıların sadece %0,4'ü ücretli bakıcı tarafından bakılmayı istediklerini belirttiği halde mevcut durumda %2,1'i ücretli bakıcı tarafından bakıldığı tespit edilmiştir (Şahinöz ve Şahinöz, 2014).

Bu çalışmada huzurevi ve bakım merkezlerinin mülkiyetine yani kamu veya özel kurum olmasına göre tatmin durumunun farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Konu hakkında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın yaşlılara yönelik hizmet varsayımlarında; "Özel huzurevleri koşullarının (ücret, fizikî koşullar ve standartlar) resmî huzurevi koşullarına benzer hâle getirilmesiyle, yaşlıların tercihinde resmî veya özel ayırımı veya bunlardan birisinde yoğunlaşma azalacaktır." ifadesine rastlanmaktadır (Karakuş, 2018).

İllere göre katılımcıların tatmin durumuna bakıldığında en yüksek iyi oluş halinin Ankara, en düşük iyi oluş halinin ise Gaziantep olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda illere göre yaşlı ve engelli bakımevleri hizmeti alanların tatmin durumunu ölçen benzer bir çalışma bulunmaması yorumlamayı kısıtlasa da çalışmanın yürütüldüğü sahada Gaziantep'in düşük tatmin durumunda olması kültürel farklılıklar nedeniyle terkedilmiş hissinin oluşması, kurum çeşitliliğinin olamaması sonucuna varılmasını sağlamıştır. Ankara'da tatmin durumunun yüksekliği ise farklı kültürel yapılara sahip katılımcıların ve kurum çeşitliliği nedeniyle seçim yapma fırsatlarının olması gösterilebilir. Yaşlı bakım taleplerinin Türkiye' de karşılanma dağılımına bakıldığında batı bölgelerde ve büyükşehirlerde yoğunlaşma olduğu, güneydoğu ve doğunun bazı illerinde ise müracaatların ve kurum sayılarının düşük olduğu görülmektedir (Karakuş, 2018). Bu çalışmanın nitel bulgularında yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi öneri tablosunda bahse konu olan toplum bilinci oluşturulması ve kurum sayılarının artırılması görüşlerinin tatmin durumunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Yaşlı Destek Programı (YADES) Projesi Uygulama Usul Ve Esaslarında gerçekleştirilecek projeler içerisinde gündüzlü dayanışma, farkındalık/bilinçlendirme hizmetleri, sosyal kültürel faaliyetler, eğitimler, danışmanlık gibi destekleyici faaliyetler sunulması ifadeleri tartışmayı dolaylı olarak desteklemektedir (Karakuş, 2018).

Katılımcıların yaşına göre yapılan analizde tatmin durumunun farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. En düşük tatmin durumu 18-24 yaş aralığındadır. Genç katılımcıların tatmin durumunun düşük olma sebebi, bakımevlerinde yapılan sosyal aktivitelerin ileri yaşa göre planlanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda ilgili literatüre rastlanmasa da TÜİK tarafından yayınlanan verilere göre 2021 yılının en düşük mutluluk oranına %44,5 ile 18-24 yaş grubunun

sahip olduğu tespit edilmiştir (TUİK, 2022). Bu çalışmada en yüksek tatmin durumunun 45-54 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu yaş aralığındaki katılımcıların tatmin durumunun yüksek olması hayata bakış açıları ve ileri yaşlı grubuna göre daha aktif sosyal faaliyetlerde bulunması gösterilebilir. Yaşlı bakım hizmetlerinde algılanan hizmet kalitesi Erzincan huzurevi örneği incelendiğinde ise en yüksek hizmet kalitesi algısının 80 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Aykan Kaya, 2019).

Bu çalışmada erkek ile kadın katılımcılar arasında iyilik ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınların iyilik durumu (tatmin durumu) ortalamasının 4.26, erkeklerin ortalamasının 4.02 olması kadınların erkeklere göre aldıkları hizmetten daha fazla tatmin olduğunu göstermektedir. Kadın katılımcıların daha fazla tatmin düzeyine sahip olması dünyaya bakış açıları, alışkanlıkları ve kurumlarda yapılan sosyal aktivitelere daha fazla katılıyor olmaları düşünülmektedir. Yine Çetin ve Kuzucu'nun 2019 yılında yapmış olduğu bakım evlerinde hizmet kalitesinin ölçümü çalışmasına bakıldığında; bir yaşlı bakımevinde kadınların aldıkları hizmetten memnun olduğu, erkeklerin aldıkları hizmetten memnun olmadığı tespit edilmiştir (Çetin ve Kuzucu, 2019).

Katılımcıların eğitim seviyesi ve bakımevinde kalma süresine göre iyi oluş hali ölçeğinde anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Konu hakkında eşdeğer bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak hizmet kalite algısının incelendiği çalışmada yaşlıların öğrenim durumuna göre ve kurumda kalma süresine göre hizmet kalitesi algısı arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç ile çalışma dolaylı olarak desteklenmektedir (Aykan Kaya, 2019).

İncelenen diğer nicel analizde mesleğe göre iyi oluş hali ölçeğinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. En yüksek tatmin durumu memurlara, en düşük tatmin durumu ise öğrencilere aittir. Benzer bir çalışma bulunmaması yorumlamayı kısıtlasa da öğrenci katılımcıların tatmin durumunun düşük olma sebebi 18-24 yaş grubunun tatminsizliğinde belirtildiği gibi bakımevlerinde yapılan sosyal aktivitelerin ileri yaşa göre planlanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Memur olanların tatmin durumunun yüksekliği ise kişilerin çalışma hayatları boyunca prosedür ve talimatlara



uygun şekilde çalışmış, iş hayatları boyunca kurum kültürünün içinde yaşamış olması ile açıklanabilir.

Nitel bulgular incelendiğinde;

Hizmeti alan katılımcıların yaş, sağlık durumu, maddi durumu ve bakım türüne göre kurumlara kabul edildikleri görülmüştür. Oluşturulan bu kriterlerin amacının doğru zamanda, doğru hizmetin, ihtiyaç sahibine verilmesi olduğu düşünülmektedir. Özmete ve Hussein'in 2017 yılında hazırlamış olduğu Türkiye İçin Yaşlı Bakım Modeli Önerisi Raporu'nda yaş, cinsiyet, engellilik, sağlık durumu ve yaşam koşullarının kriterler arasında yer aldığı görülmektedir ( Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017). Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde "60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak (özel huzurevlerinde 55 yaş üzeri), bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle süreli ya da sürekli olarak özel ilgi, desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak, ruh sağlığı yerinde olmak, bulaşıcı hastalığı olmamak, uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak, sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak." özelliklere sahip yaşlılar hizmet alabilmektedir (Karakuş, 2018). Literatür sonuçlarının çalışma ile benzerlik göstermesi destekleyici niteliktedir.

Katılımcıların verdiği cevaplardan tespit edilen diğer bir sonuç ise bakımevlerinde tedavi takibi ve bakım, rehabilitasyon hizmetleri ve hekimlik hizmetleri sunulduğudur. Bakımevlerinde sadece barınma ve beslenme ihtiyaçlarının değil tedavi, bakım ve iyileştirme faaliyetlerinin de bulunduğu görülmektedir. Türkiye'de yaşlı bakım hizmetleri raporuna göre bakımevi, uzun vadeli ve kısa vadeli konaklayanlar için tıbbi bakım, hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon hizmeti sağlar (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017). Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği sosyal hizmet görevlisi, psikolog, diş hekimi, diyetisyen ve fizyoterapist, tabip, yaşlı bakım elemanı, hemşire gibi meslek gruplarının görev ve sorumlulukları ile sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin kapsamı tanımlamaktadır (Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008).

Bu çalışmanın diğer bulgularında ise çalışma yapılan bakımevlerinde fiziksel ve zihinsel oyunlar, spor, sanatsal etkinlik ( tiyatro, resim vb.) ve sosyal etkinlikler (hobi bahçesi, el işi, söyleşiler vb. ) gibi rekreasyon hizmetlerinin sunulduğu tespit edilmiştir. Bu uygulamaların yaşlı ve engelli kişilerin yaşam doyumu ve kalitesini yükseltmek, sosyal bütünleşmeyi sağlamak için yapıldığı görülmektedir. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2018 tarihli yayınına göre “Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamında engellilerin var olan yeteneklerinin ve becerilerinin korunması ve geliştirilmesi için egzersiz çalışmaları; atletizm, yüzme, basketbol, futbol gibi sportif çalışmalar; resim, müzik, folklor, tiyatro gibi sanatsal ve kültürel etkinlikler; seramik işleri, el işi, galoş üretimi, ahşap doğrama, tarımsal çalışmalar gibi iş uğraşı faaliyetleri ile geziler, kutlamalar, eğlenceler gibi sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir.” ifadesine rastlanmaktadır (Karakuş, 2018).

Katılımcıların bakımevlerinde kalma süreleri değerlendirildiğinde ise istediği sürece ve tedavisi süresi tamamlanana kadar hizmet alabildikleri sonucu çıkarılmıştır. Konunun can alıcı noktası hayatlarını tek başına idame ettiremeyecek durumda olan yaşlı ve engelliler olması sebebiyle kalma süresinde bir sınırlandırma yapılmamıştır. Yapılan literatür araştırmasında bakımevleri kendi başlarına bağımsız olarak yaşamaya devam edemeyen yaşlılar için barınma ve sağlık bakımı sağlama gibi bazı işlevlerini bu kişiler, ölünceye kadar yerine getirir ifadesi ile karşılaşılmıştır ( Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017).

Tespit edilen diğer bulguya bakıldığında engelli ve yaşlıların kurumda mali giderlerinin kendisi, ailesi, bağış ve devlet yoluyla karşılandığı görülmektedir. Bireylerin maddi imkanlarına göre kendisinin veya ailesinin, yoksunluk içinde olanlar içinse bağış ve devlet desteğinin olduğu görülmektedir. Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği incelendiğinde “Bakım ücretleri uygulaması, Genel Müdürlük tarafından ödenecekler hariç olmak üzere, merkezde sunulacak hizmetler karşılığında ücret alınmasına veya alınmamasına ya da alınacak ücretin tutarına ilişkin esaslar, resmî kurum veya kuruluşların tabi olduğu genel hükümler çerçevesinde, bu kurum veya kuruluşlar tarafından belirlenir.” maddesi karşımıza çıkmaktadır (Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2016).

Kurumlardan ayrılan yaşlı ve engelli bireyler ile kurumun iletişim süreçlerinin devam ettiği, kısmen devam ettiği ve devam etmediği sonuçlarına varılmıştır. Literatürde bu konu hakkında bilgiye ulaşılamasa da kurumların kültürel yapısına ve hizmet alan bireylerin sağlık durumuna göre devamlılığın sağlandığı düşünülmektedir. Kişilerin ölmüş olması, engelli ve iletişim kuramıyor olması gibi sebepler durumu belirlemektedir.

Çalışmanın nitel kısmında tespit edilen diğer bir konu ise kurumlarda yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına yapılabileceklerdir. Elde edilen sonuçlar insan kaynakları, fiziki yapı, devlet desteği ve sosyal faaliyetler, diğer başlıkları altında toplanmıştır. Nitelikli personellerin görev aldığı, kompleks yapı olarak planlanan, sosyal bütünleşme sağlayacak faaliyetlerin bulunduğu, devlet tarafından ve mevzuat ile desteklenen kurumların oluşmasının hizmete katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının illerin durumunu değerlendirdiği raporda hizmet çeşitliliği, sosyoekonomik destek, mevzuat düzenlemesi, ön lisans mezunu yaşlı bakım teknikerinin görevlendirilmesi, yaşlı bakım kompleksi gibi önerilerin bulunması çalışmayı desteklemektedir (Karakuş, 2018). Aralık 2022 tarihinde yapılan Uluslararası Yaşlı Refahı Çalıştayında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanı tarafından Türkiye'deki yaşlı bakım kuruluşlarını site tipi, avlu tipi ve küçük ev tipi şeklinde tasarlayarak yaşlı bireylerin ihtiyacına uygun hale getirileceği bilgisi paylaşılmıştır. Aynı zamanda 2023 yılında ilk kez Türkiye Yaşlı Profil Araştırmasının yapılarak, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik veriler ışığında, yaşlı bireylere yönelik daha etkin sosyal politikalar oluşturulacağı bildirilmiştir (TBMM, 2022).

Yaşlı ve engelli turizmi kavramlarının bilinirliğine bakıldığında katılımcıların %37,5 tarafından kavramların bilinmediği tespit edilmiştir. Bu durum yaşlı ve engelli bakımı veren kurum çalışanlarının azımsanmayacak oranda, konu hakkında bilgi sahibi olmadığını göstermektedir. Bunun sebebi olarak ise kalifiye eleman bulunmaması, eğitim eksikliği düşünülmektedir. Kavramları bildiğini söyleyen katılımcılar ise %80 oranında sundukları hizmetinin bu kapsamda olmadığını belirtmiştir. Nicel bulgu kısmında da bahsedildiği gibi kurumlardan hizmet alan kişilerin %99,5 'inin Türk olması bu ifadeyi destekler niteliktedir.

Türkiye’de yaşlı ve engelli potansiyelinin değerlendirilmesinde ise %31,25 oranında olumsuz görüş iletildiği tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak ekonomik yetersizlik ve yaşlı potansiyelinin düşük olması düşünülmektedir. Potansiyel olduğunu düşünen katılımcı oranı ise %25’ tir. Ülkenin kolay ulaşılabilir bölgede olması, güvenli olması, doğal güzellikleri ve misafirperver kültürü nedeniyle potansiyel oluşturduğu düşünülmektedir. Bazı katılımcıların farklılık, talep miktarı, politika ve tanıtım gibi önerilerde bulunması ise %25 oranında olup, Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler ile Kurumsal Yaşlı Bakım ve İllerin Durumu raporunda belirtilen öneri ile benzerlik göstermektedir . %28,75 oranında ise katılımcıların fikri olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada Türkiye’de yaşlı ve engelli bakımının geliştirilmesi adına fiziki koşullar, sosyal faaliyet, denetleme süreci, kurum sayısı, devlet desteği, eğitim, toplum bilinci ve diğer olarak öneriler tespit edilmiştir. Multidisipliner bir ekip çalışması ile uygun bir çalışma ortamında yaşlının bilinçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam hizmetlerinin katkısı oldukça önemlidir (Şahinöz, 2013). Yaşlı Bakım Turizmine Yönelik Politika ve Stratejiler 2020-2023 Yol Haritasında belirtilen; hedeflerin belirlenmesi, hizmet paketleri ve sunum altyapısının geliştirilmesi, çerçeve sözleşmelerin yapılması, faaliyetlerin takibi, nitelikli personel yetiştirilmesi, mevzuat düzenlemesi, pazarlama faaliyetleri ve sektörlerle entegrasyonun sağlanması maddeleri tespit edilen bulgularla benzerlik göstermekte ve dolaylı yoldan çalışmayı desteklemektedir (Ökem ve Çelik, 2019). Engelli bireylere yönelik bakım hizmetleri kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, bakım personelinin mesleki kapasitelerini ve becerilerini geliştirmeye yönelik çeşitli başlıklarda (öfke kontrolü, olumlu davranışsal destek, uygulamalı davranış analizi, özel gereksinimli bireylerde kriz yönetimi ve davranış artırma-azaltma) eğitimlere devam edildiği bilgisini paylaşmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022).

Uzun yaşam köylerinin bilinirliğine bakıldığında ise katılımcıların %50’sinin uzun yaşam köylerinden haberdar olmadığı tespit edilmiştir. Yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinde görev alıp uzun yaşam köyü kavramının bilinmemesi nedeni gelişimlere kapalı eğitim sistemi, niteliksiz personel ve kurumların bilinçlendirme eksikliği olduğu düşünülmektedir.

Son olarak nitel bulgularda uzun yaşam köyleri hakkındaki görüş ve önerilere bakıldığında fiziki yapı, devlet desteği, çalışan özellikleri hakkında ifadeler iletildiği görülmektedir. Fiziki yapı önerisinin sebepleri kurum sayılarının yetersiz olması, ihtisaslaşan birimlerin bulunmaması, binaların fiziki ve konum özelliklerinin yaşam köyü formatına uygun olmaması örnek gösterilebilir. Tüm yaşlı ve engellilerin özel bakımevlerinden ekonomik koşullar nedeniyle eşit oranda faydalanamaması devlet desteğinin gerekliliğini göstermektedir. Personellerin davranışlarında yaşlı ve engelli bakım kültürünün oluşmamış olması, kalifiye elemanların bulunmaması, hizmet içi eğitimlerin eksik olması nedeniyle çalışan özellikleri hakkında düzenleme yapılması öneriler içinde yer almaktadır. Yukarıda bahse konu olduğu gibi katılımcıların %50'sinin konu hakkında bilgisi olmaması, sorulan sorular hakkında bilmiyorum, fikrim yok gibi yanıtların alınması nitelikli personel eksikliğini gösterir niteliktedir.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

İleri yaş ve engelli turizminin son yıllarda önemi giderek artmaktadır. Artan ileri yaş ve engelli nüfusunun toplam nüfusa oranı bu alandaki potansiyelinin yüksekliğini göstermektedir. Küreselleşme ile yaşam standartlarının yükselmesi, teknolojide yaşanan ilerlemeler hizmet alacak bireylerin alternatif yaşam tarzı arayışına girmelerine sebep olmaktadır. Yaşlı ve engellilere farklı bir yaşam tarzı sunan uzun yaşam köyleri sadece güvenli barınma ihtiyacı, bakım, tedavi hizmetlerini değil aynı zamanda sosyal aktivite ve çevre de sunmaktadır. Türkiye konumu, iklimi, kültürel yapısı, doğal güzellikleri, gelişmiş sağlık hizmetleri ile uzun yaşam köyleri projesinde önemli bir pazar payı elde edebilir. Türkiye açısından bu sektöre yapılacak yatırımların turizm gelirine katkı sağlayacağı ve işgücü kapasitesini artıracığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada ileri yaş ve engelli turizmine dair durum değerlendirmesi yapılmıştır. Mevcut duruma bakıldığında bakımevlerinden hizmet alanların genel memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bakımevlerinde çalışanların %37,5'inin ileri yaş ve engelli turizmi kavramları ve %50'sinin uzun yaşam köyleri hakkında bilgisi olmadığı görülmektedir. Kavramlar hakkında görüş sahibi olan katılımcıların ise verdikleri hizmetlerin ileri yaş ve engelli turizmi kapsamında olmadığını belirterek, sektörün gelişmesi için birçok öneride bulunduğu görülmektedir.

Mevcut durumda sunulan hizmetten genel memnuniyet sağlansa da Türkiye'de verilen yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin turizme ve uzun yaşam köyleri konseptine uygun olmadığı görülmektedir. Araştırmanın bulguları ışığında Türkiye'de oluşturulabilecek olan Uzun Yaşam Köyleri projesi hakkında aşağıdaki görüş ve öneriler geliştirilmiştir:

**-Fiziki Yapı:** Uzun yaşam köyleri yaşlı ve engellilerin toplumdan izole olmayacakları şekilde, huzurlu ve sakin, ulaşımı kolay, temiz hava sahasına sahip, termal tesislere yakın bir alanda konumlandırılmalıdır. Yapılar yatay şekilde, ihtisaslaşan birimler halinde (sağlıklı yaşlı bakımı, kronik hastalıkları olan, rehabilitasyon hizmeti sağlanacaklar ve palyatif hasta bakımı ile engelliler için) projelendirilmelidir.

Sağlıklı, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen yaşlı ve engelliler için, evli çiftlerinde birlikte yaşayabilecekleri şekilde evler planlanmalıdır. Bu evler ve sokakları kültürel yapımızı anımsatan doğal bir tarzda oluşturulmalıdır. Hizmeti alan katılımcılar kültürel alışkanlıklarından uzaklaşmadan hem güvenli barınma ihtiyacını hem de sosyal hayatlarını devam ettireceklerdir. Yapılan evlerin genel alanlarında, tuvalet, duş vb. acil çağrı zilleri bulunmalı ve ihtiyaç halinde sağlık personelleri ile hemen iletişim kurulabilir olmalıdır.

Ortak kullanım alanlarında havuz, yemekhane, spor salonu, tiyatro salonu, müzik, resim, el işi sanatları için hobi salonları, yürüyüş alanları, toprakla buluşacakları hobi bahçeleri ve hayvan bakmak isteyenler için besi yerleri oluşturulmalıdır. Elde ettikleri bitki, hayvansal gıda ve sanatsal ürünlerini sergilemek, pazarlamak adına ziyaretçilerin ve yerel halkında katılabileceği pazar alanları oluşturulmalıdır. Market, kuaför, terzi, marangoz vb. gibi ihtiyaç duyacakları hizmetler için pazar alanında dükkanlara yer verilmesi önerilmektedir. Dükkanlar sağlıklı yaşlılar tarafından beceri ve mesleklerine göre işletilebilir. Yaşlı ve engelliler hem eğlenceli vakit geçirip, hem de ekonomik fayda sağlamakla birlikte sosyalleşme ve topluma fayda sağlama ihtiyaçlarında gidereceklerdir. Tüm bu aktiviteler aynı zamanda kadın katılımcılara oranla daha düşük memnuniyete sahip erkekler katılımcıların memnuniyet oranlarının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

**-Eğitim ve Denetleme:** Bu hizmet sektöründe çalışacak kişilerin nitelikli, alanında uzman personel olmasına dikkat edilmelidir. En az ön lisans mezunu kişilerin görev alması ve yabancı dil kullanımının etkin sağlanması gerekmektedir.

Eğitim seviyesi en önemli kıstas olarak değerlendirildiğinde, çalışanlar sürekli hizmet içi eğitimlere tabi tutularak beceri ve performanslarının artmasını sağlayıp aynı zamanda güncel bilgilerden haberdar olması sağlanmalıdır. Oluşturulacak olan denetim ve kontrol mekanizması ile sürekli eğitimin devamlılığı sağlanıp kurumların verimlilik ve motivasyonlarının zinde tutulması gerekmektedir.

Kurumda kalan kişilere sağlıklı yaşam ve yaşlanma, ilkyardım, psikoloji, iletişim, stres yönetimi, ağız ve diş sağlığı vb. eğitimler verilmelidir. Uzun yaşam köyleri sakinlerine verilen eğitimler haricinde sosyal sorumluluk projesi altında yerel halkında katıldığı eğitimler planlanmalı ve toplum ileri yaş, engelli bakım hizmeti

verilen kurumlar hakkında bilinçlendirilmelidir. Bu şekilde hayat boyu öğrenme ve sosyal yaşama katılmaları desteklenmiş olacaktır.

**-Devlet Desteği:** Yaşlı ve engelli turizmi sektörü geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir. Politika, strateji, reklam, iş birlikleri, teknoloji, ulaşım, sigorta süreçleri, eğitim faaliyetleri ve iş olanakları gibi birçok madde sektörün içinde değerlendirilebilir. Devlet tarafından bütüncül yaklaşım ile uygun politika benimsenip mevzuat ile destekleme sağlanmalıdır.

Kurumlar ve ülkeler arası iş birliği sağlanmalı, sigorta şirketleri ve hizmet sunumu hakkında anlaşmalar yapılmalıdır. Tanıtım faaliyetleri gerçekleştirilmeli ve hizmet kalitesi ön planda tutulmalıdır.

Özel girişimcilere devlet tarafından ayrıcalıklı destekler verilerek sektörün genişlemesi desteklenmelidir. Uzun yaşam köylerinde üretilen hayvansal ve tarımsal gıdaların işlenip, dönüştürülmesine ilişkin kooperatif kurularak maddi gelir ve iş gücü kapasitesi oluşturulabilir. Bu kooperatifte mesleklerine göre aktif rol olacak olan yaşlılar ürettikleri malzemeler ile marka oluşturarak hizmet sektöründe ses getireceklerdir. Yapılan tüm bu girişimlere istinaden toplumunda yaşlı ve engelli bakımı bilinçlenmesi sağlanacak ve yaşam köylerinin tercih edilme oranı artacaktır.

Devlet desteğinden beklenen diğer bir husus ise Türkiye vatandaşı olan yaşlı ve engellilerin ekonomik ve kültürel fark gözetmeksizin bu hizmetlere tam erişimi sağlanmalıdır. Kamu ve özel ayrımı yapılmadan tüm kuruluşlardan eşit faydalanmasını sağlayacak sigorta sistemi oluşturulmalıdır.

**-Sağlık Hizmetleri:** Oluşturulmuş ihtisas bölümlerine özgü hekimler aktif olarak görev almalıdır. Fizik tedavi, nöroloji, dahiliye, psikiyatri, anestezi, göğüs hastalıkları hekimi vb. özellikli hekimler sağlık hizmeti sunumunda rol almalıdır. Ayrıca psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, konuşma ve dil terapisti, diyabet hemşiresi gibi sağlık çalışanları ile verilen hizmetler desteklenmelidir. Acil durum ve ileri tetkikler için kurum içinde ambulans bulundurulmalıdır. Hizmet alan yaşlı ve engellilerin süreklilik gerektiren tedavileri, kontrolleri haricinde sağlıkçılar tarafından günlük rutin vital bulguları takipleri edilmelidir. Diyabet ve tansiyon hastaları için ayrıntılı takipler yapılmalı, gerekli tedavi, beslenme, fiziksel aktivite planları kontrol edilmelidir.



**-Sosyal aktivite çeşitliliği:** Fiziki yapıda etkinliklere yönelik oluşturulan havuz, yemekhane, spor salonu, tiyatro, besi yerleri, çalışma sağlayacakları dükkanlar haricinde birçok çeşitlilik sağlanabilir. Kişilerin ilgi alanlarına yönelik gastronomi, dikiş, resim, müzik, dans gibi eğitimler ve yarışmalar düzenlenmelidir.

Zihinsel ve bedensel (briç, satranç, yürüyüş, voleybol vb.) yapılan faaliyetlere yönelik turnuvalar düzenlenebilir. Turnuvalar ile ülke geneli kurumlar arasında iletişim ve dostluk ilişkileri ile birlikte gezi ve il tanıtımları sağlanmış olacaktır. Bu aktiviteler aynı zamanda diğer yaş grubundaki katılımcılara oranla daha düşük memnuniyete sahip 18-24 yaş grubundaki katılımcıların memnuniyet oranlarının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Anlaşmalı kreş ve ilkokullarla birlikte yaşlı ve engelliler ile çocuklar bir araya getirilip duygusal bütünlük sağlanmalıdır. İki yaş grubunun da birbirlerine katacakları yaşam bilinci, kelimeler ile tarif edilemeyecek boyuttadır.

Multidisipliner sunulacak olan uzun yaşam köyleri projesi hem yaşlı ve engellilere ulaşılabilir bir hizmet sağlarken hem de Türkiye’ de istihdam ve turizm geliri sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun. (2005). Resmi Gazete, 25868, 1 Temmuz 2005.
- Acuner ŞA. (2006). Alternatif Turizm Türlerinin Doğu Karadeniz Bölgesi Turizm Potansiyelinin Gelişimine Etkisi. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (Eylül 2020). Bakanlığımıza Bağlı Huzurevleri. Erişim: 02 Eylül 2021, <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/>
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Kasım 2017). Türkiye' de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu. Erişim: 23 Aralık 2021, <https://www.aile.gov.tr/media/9334/tuerkiye-de-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m-hizmetleri-avrupa-dan-en-iyi-uygulama-ornekleri-ve-tuerkiye-i%C3%A7in-bir-model-tasar%C4%B1m%C4%B1-proje-kitab%C4%B1.pdf>
- Aile.gov.tr. Erişim: 23 Ocak 2023, <https://www.aile.gov.tr/haberler/aile-ve-sosyal-hizmetler-bakanligi-engelli-bireylere-sunulan-bakim-hizmetini-guclendiriyor/>
- Akbolat M, Gülçin Deniz N. (2017). Türkiye'de medikal turizmin gelişimi ve bazı ülkelerle karşılaştırılması. *Uluslararası Global Turizm Araştırması Dergisi*, 1(2), 123-139.
- Akdu AS. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma: İstanbul ve Ankara Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Akdu U, Akdu S. (2018). Engelli turizmi: Yasal düzenlemeler ve uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 9(23), 99-123.
- Aktaş A. (2007). Hastane İşletmelerinde Ev İdaresi Hizmetlerinden Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma (KTÜ Farabi Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

- Albayrak AS. (2006). Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayınları.
- Altan ÖZ, Şişman Y. (2003). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Kamu-İş Dergisi*, 7(2), 2-36.
- Apaydın F. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Marka Yönetimi. Coşkun E, Akın E. (Ed.). Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi. Ankara: Seçkin Yayıncılık. S: 115-143.
- Arı HO. (2022). Türkiye'deki sağlık turizmi politikalarının, sektörel hedefler bağlamında mevcut durumunun değerlendirilmesi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 10(1), 571-588.
- Aydemir B, Kılıç SN. (2017). Dünyada ve Türkiye'de Üçüncü Yaş Turizmi. *Yyusbe Dergisi*, 1(3).
- Aydın D. (2014). Türkiye Sağlık Turizmi Cep Kitabı. Erişim: 10 Eylül 2021, <http://www.ipsa.org.tr/upload/kitap/visitturkeyforhealthcare-pocket-book-tr.pdf>
- Aydın D, Yılmaz C. (2010). Medikal Turizm Araştırması. Erişim: 15 Ekim 2021, <https://docplayer.biz.tr/743109-T-c-saglik-bakanligi-temel-saglik-hizmetleri-genel%20mudurlugu-saglik-turizmi-birimi.html>
- Aydın D, Aypek N, Aktepe C, Şahbaz PR, Arslan S. (2011). Türkiye'de Medikal Turizmin Geleceği. Ankara: Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü. S:1-22.
- Aydın O. (2012). Türkiyede'de alternatif bir turizm; sağlık turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2012(2), 91-96.
- Aydiner Boylu A. (2013). Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve konut ilişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (1), 145-156.
- Aykan Kaya N. (2019). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi: Erzincan Huzurevi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Erzincan.
- Barutçugil İS. (1984). Turizm İşletmeciliği. Bursa: Uludağ Basımevi.

- Bayer MZ. (1992). Turizme Giriş. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları.
- Baysal D, Çimen H. Sağlık turizminde yeni bir yaklaşım. Uluslararası Yönetim, Ekonomi ve Politika Kongresi, İstanbul, Özet Kitabı, 2018; 159-165.
- Beğer T, Yavuzer H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 2012 (25), 1-3.
- Biggs S, Bernard M, Kingston P, Nettleton H. (2000). Lifestyles of belief: Narrative and culture in a retirement community. *Ageing and Society*, 2000(20), 649-672.
- Bohrer MF. (2007). Discriminant Analysis of Aaker's Brand Equity Model on Top-Of-Mind Awareness/Brand Preference Congruence in Prospective Hospital Patients. Doctoral Thesis, Anderson University, Anderson.
- BOİB, TÜİK. (2002). Türkiye Engelliler Araştırması Temel Göstergeleri. Erişim: 04 Ocak 2022, <https://otomatikkapidunyasi.com/teknik-dokumanlar/1-fikirler-cozumler/Turkiye-Engelliler-Arastirmasi-Temel-Gostergeleri.pdf>
- Bölüktaş RP. (2020). Türkiye'nin yaşlı sağlığı turizmi için fırsatları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 1-15.
- Burtan Doğan B, Aslan A. (2019). Türkiyede sağlık turizminin mevcut durumu ve ülke ekonomisine katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 390-418.
- Cankurtaran M, Yeşil Y. Türkiye'de geriatri-güncel durum. Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu, Ankara, Özet Kitabı, 2012; 243.
- Connell J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1092-1100. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>
- Creswell JW. (2013). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. London: Sage. S: 191-194.
- Croucher K. (2006). Making the Case for Retirement Villages. Erişim: 15 Nisan 2022, <https://www.jrf.org.uk/report/making-case-retirement-villages>.
- Çalışkan Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.

- Çataloğlu S. (2018). Yaşlılık, değer ve teknoloji. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 25-33.
- Çetin S, Kuzucu H. (2019). Servqual ölçeği ile yaşlı bakımevlerinde hizmet kalitesinin ölçümü. *S.Ü. Müh. Bilim ve Tekn. Dergisi*, 7(2), 509-523.
- Dedeoğlu BZ. (2021). Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu: Türkiye ve Singapur Karşılaştırması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Demir T, Şen Ü. (2009). Görme engelli öğrencilerin çeşitli değişkenler açısından öğrenme stiller üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(8), 154-161.
- Demirci Aksoy A, Günay G. (2017). Yaşlıların Barınma ihtiyacına alternatif olarak sürdürülebilir yaşlı köyleri. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017(2), 1-19.
- Demirci Z. (2018). Dünyadaki Engelli Sayısı Gün Geçtikçe Artıyor. Erişim: 15 Mayıs 2022, <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/dunyadaki-engelli-sayisi-gun-gectikce-artiyor/1327364>
- Dikmetaş Yardan E, Dikmetaş H, Coşkun Us N, Yabana B. (2014). Türkiye ve dünya'da sağlık turizmi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2), 27-42.
- Doğan B, Aslan A. (2019). Türkiye'de sağlık turizminin mevcut durumu ve ülke ekonomisine katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 391-420.
- Doğan O. (2014). Antalya Medikal Turizm Kümesi'nin Tanımlanması ve Ağ Yapılarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Doğanay H. (2001). Türkiye Turizm Coğrafyası. Konya: Çizgi Katapevi Yayıncılık.
- Dürrü Z. (2012). OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği. (2016). Resmi Gazete, 29878, 4 Kasım 2016.

- Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü (2020). Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi. Erişim: 15 Eylül 2021, <https://www.aile.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). Kuruluşlar. Erişim: 16 Ocak 2021, <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/engelli/>
- Engelliler Konfederasyonu. (2020). Engelliler Konfederasyonu. Erişim: 20 Ocak 2021, <https://www.engellilerkonfederasyonu.org.tr/engelliler-konfederasyonu-2020-yili-genel-degerlendirme/>
- European Commission Enterprise And Industry Directorate-General. (2014). Europe the best destination for seniors” “Facilitating cooperation mechanisms to increase senior tourists’ travels, within Europe and from third countries, in the low and medium seasons” Draft Report. Brussels: European Commission Enterprise and Industry Directorate-General.
- Evliyaoğlu S. (1994). Türkiye Turizm Coğrafyası ve Türkiye Coğrafyasının Ana Hatları. Ankara: Gazi Üniversitesi Yayınları.
- Extracare. Erişim: 12 Aralık 2022, <https://www.extracare.org.uk/solihull-village-hub/about-solihull-village/>
- Extracare. Erişim: 12 Aralık 2022, <https://www.extracare.org.uk/living-with-extracare/retirement-villages/earlsdon-park-village/#earlsdonparkvillage-village-btn:selected=true>
- Extracare. Erişim: 12 Aralık 2022, <https://www.extracare.org.uk/hughenden-gardens-village/the-beautiful-hughenden-valley/>
- Filiz Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Grant B. (2006). Retirement villages: An alternative form of housing on an ageing landscape. *Social Policy Journal of New Zealand*, 2006(27), 100-113.
- Greenawalt B. (2001). Can branding curb burnout. *Nursing Management*, 32(9), 26-31.

- Gülmez M. (2017). Sağlık Turizminde Öncü Ülkeler, Turizm Politikaları ve Pazarlama Stratejileri. Tengilimoğlu D. (Ed.). Sağlık Turizmi. Ankara: Siyasal Kitapevi. S:161-192.
- Hasanov A. (2018). Sağlık Turizmi Kapsamındaki Medikal Turizmin Mevcut Durumu Potansiyeli ve Geleceği: Türkiye'nin Medikal Turizm Değerlendirmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul.
- Heung VC, Küçükusta D, Song H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995-1005.
- İçöz O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye'nin olanakları. *Yaşar Üniversitesi Dergisi*, 4(14), 2257-2279.
- İnanç H, Yacan İ. (2018). Ülkelerin markalaşma süreci ve marka kavramı. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 1(3), 317-331.
- Inkson C, Minnaert L. (2012). *Tourism Management-An Introduction*. Londra: Sage.
- İştar E. (2016). Health tourism in Turkey: A study on newspapers. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 26-35.
- Johnson RA, Wichern DW. (2014). *Applied multivariate statistical analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kara T. (2020). Health tourism and concept complexity of health tourism in Turkey. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(3), 264-290.
- Karakuş B. (2018). Türkiyede Yaşlılara Yönelik Hizmetler ile Kurumsal Yaşlı Bakım ve İllerin Durumu. Ankara: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. S:1-400.
- Karasu Ç. (2008). Antioksidanlar ve yaşlanma. *Türkiye Klinikleri Kozmetik Dermatoloji*, 1(2) 1-4.
- Kaymaz Ç. (2018). 2010 Sonrasında Türkiye'de Sağlık Turizminin Gelişimi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Keskin N. (2011). Engellilere Yönelik İzmir İli Bornova İlçesi Örneğinde Kentsel Yeşil Alan Standartlarının İrdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

- Khairunnisaa C, Hatta M. (2017). The development of health tourism industries in Malaysia. *Social Sciences and Economics*, 4, 2356-2536.
- Kılıçlar A, Aysen E, Küçükergin F. (2017). Demografik değişimlerin turizm türleri üzerindeki belirleyici etkisi: Üçüncü yaş turizmi. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 27(2), 80-100.
- Kiremit AŞ. (2008). Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kostak D. (2007). Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi). Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Kozak MA, Gülenç S. (2017). Sağlık otelciliği hizmetlerinin değerlendirilmesi: Eskişehir hastaneleri örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6 (5), 1-16.
- Kurtuluş K. (2010). Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Türkmen Kitapevi.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2020). Turizm Türleri. Erişim: 20 Mart 2021, <https://www.ktb.gov.tr/TR-96269/turizm-cesitleri.htm>
- Lecovich E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-32.
- Lister R. (1994). The retirement industry: An overview illus. *Valuer and Land Economist*, 33(1), 29-33.
- Mckercher B, Packer T, Yau MK, Lam P. (2003). Travel agents as facilitators or inhibitors of travel: perceptions of people with disabilities. *Tourism Management*, 24(4), 465-474.
- Miles MB, Huberman MA. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. New York: Sage.
- Milne S, Ateljevic I. (2001). Theory embracing complexity. *Tourism Ekonomik Development and Global-Local Nexus*, 2001(3), 369-393.
- Musa G, Thirumoorthi T, Doshi D. (2012). Travel behaviour among inbound medical tourists in Kuala Lumpur. *Current Issues in Tourism*, 15(6), 525-543.



- Mushkin S. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports*, 73(9), 85-793.
- Mutlu A, Işık KA. (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Basın Yayın.
- Muzaffar F, Hussain I. (2007). Medical tourism: are we ready to take the challenge? . *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 17(4), 215-218.
- Nazillihavadis. Erişim: 12 Aralık 2022, <https://www.nazillihavadis.com/aydin-ve-ilce-haberleri/nazillide-uzun-yasam-koyu-projesi-buyuyor-107470h>
- Nikitina O, Vorontsova G. (2015). Aging population and tourism: Socially determined model of consumer behavior in the “Senior Tourism” segment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2015(214), 845-851. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.736>
- Ökem ZG, Çelik H. (2019). Türkiye Yeni Hizmet İhracatında Yeni Hedefler: Yaşlı Bakım Turizmi. İstanbul: TUSIAD.
- Özbek D, Özbek T. (1999). Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizme Entegrasyonu. Erişim: 15 Ekim 2021, [https://www.jmo.org.tr/resimler/ekler/40222ade2401c27\\_ek.pdf?dergi=HABER%20B%DCLTEN%DD](https://www.jmo.org.tr/resimler/ekler/40222ade2401c27_ek.pdf?dergi=HABER%20B%DCLTEN%DD)
- Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği. (2008). T.C. Resmi Gazete, 26960, 7 Ağustos 2008.
- Özdamar K. (1999). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitapevi.
- Özdemir D. (2013). İleri Yaş ve Engelli Turizmi. Tengilimoğlu D. (Ed.). Sağlık Turizmi. Ankara: Siyasal Kitapevi. S:123-141
- Özdemir M. (1992). Turizmin Türkiye'nin Sosyo-Ekonomik Yapısına Etkileri. Ankara: KÖK SAV Yayınları
- Özer Ö, Songur C. (2012). Türkiye'nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.

- Özsarı SH, Karatana Ö. (2013). Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2), 136-144.
- Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. (1988). Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar. Ankara: Karatepe Yayınları.
- Öztürk M, Bayat M. (2011). Uluslararası turizm hareketlerinde sağlık turizminin rolü ve kalite çalışmalarının önemi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 135-156.
- Öztürk Y, Yazıcıoğlu İ. (2002). Gelişmekte olan ülkeler için alternatif turizm faaliyetleri üzerine teorik bir çalışma. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2002(2),183-195.
- Pagano M, Gauvreau K. (1993). Sampling Theory. London: Duxbury Press. S: 72-469.
- Patton MQ. (2005). Qualitative Research. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Pralea A. (2011). Branding in health marketing. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov*, 4(2), 65-72.
- Rerkrujipimal J, Assenov I. (2011). Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*, 3(2), 95-105.
- Rslifecare. Erişim: 12 Aralık 2022, [https://rslifecare.org.au/location/retirement-village/rsl-anzac-village-narrabeen/?utm\\_source=villages.com.au&utm\\_medium=featured\\_listings#](https://rslifecare.org.au/location/retirement-village/rsl-anzac-village-narrabeen/?utm_source=villages.com.au&utm_medium=featured_listings#)
- Sağlık Turizmi Derneği. Erişim: 11 Eylül 2022, <http://www.saglikturizmi.org.tr/media/Pdf/10.pdf>
- Sekaran U, Bougie R. (2016). İş İçin Araştırma Yöntemleri: Beceri Geliştirme Yaklaşımı. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Sevin HD. (1998). Hastanelerde Otelcilik Hizmetleri, Maliyeti ve Kontrolü: Ankara İli Uygulama Örnekleri. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Sullivan C, Forrester MA. (2018). Doing Qualitative Research In Psychology: A Practical Guide. New York: Sage.

- Sülün İ. (2021). Dünya Geneline 1 Milyardan Fazla Engelli Bulunuyor. Erişim: 02 Şubat 2022, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/dso-dunya-genelinde-1-milyardan-fazla-engelli-bulunuyor/2436449>
- Şahbaz R, Akdu U, Aktuğ S. (2012). Türkiye' de medikal turizm çalışmaları: İstanbul ve Ankara Örneği. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(27), 267-296.
- Şahinöz T. (2013). Engelli Sağlığı. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu.
- Şahinöz T, Şahinöz S. Gümüşhane il merkezindeki yaşlıların gerontolojik yönden incelenmesi. Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, Kongre Kitabı, 2014; 1445-1446.
- Tatar M. (2009). Teorik çerçevesiyle sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye ilişkin genel bir değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, 2009(1), 1-6.
- TBMM. Erişim: 23 Ocak 2023, <https://www.tbmm.gov.tr/Haber/Detay?Id=4bed750d-f442-4a37-8c82-0184e6ee8927>
- Tengilimoğlu D. (2013). Hastane Destek Hizmetleri Yönetimi. Çelik Y. (Ed.). Sağlık Kurumları Yönetimi II. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. S: 88-116.
- Tengilimoğlu D, Işık O. (2019). Sağlık Turizmi Yönetimi. Erişim: 15 Ekim 2021, [http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilt\\_a0/saglikturizmiyonemi.pdf](http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilt_a0/saglikturizmiyonemi.pdf).
- Tengilimoğlu D, Tosun N. (2020). İleri Yaş ve Engelli Turizmi. Tengilimoğlu D. (Ed.). Sağlık Turizmi. Ankara: Siyasal Kitapevi. S:121-182.
- TKHK. (2014). Hizmet Sunum Rehberi. Ankara: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.
- Tontuş HÖ. (2017). Sağlık Turizmi Nedir? Erişim: 21.12.2021, [https://www.researchgate.net/publication/333816088\\_Saglik\\_Turizmi\\_Nedir](https://www.researchgate.net/publication/333816088_Saglik_Turizmi_Nedir)
- TRTHaber. Erişim: 10 Ekim 2022, <https://www.trthaber.com/haber/turkiye/turkiyede-7-bolgede-7-saglikli-yasam-koyu-kurulacak-516909.html>
- TURSAB (2014). Sağlık Turizmi Raporu. Erişim: 05 Mayıs 2022, [http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu\\_12186\\_5485299.pdf](http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf)

- TÜİK (2022). Yaşam Memnuniyet Araştırması. Erişim: 16 Mart 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2021-45832>
- TÜİK (2022). İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim: 21 Ekim 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636>
- Türkiye Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Eylem Planı. Ankara: Türkiye Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Türkiye Kalkınma Bakanlığı. (2017). Özel İhtisas Raporu On Birinci Kalkınma Planı. Ankara: Türkiye Kalkınma Bakanlığı.
- USHAŞ. Erişim: 21 Ocak 2023, <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>
- Uztuğ F. (2008). Markan Kadar Konuş Marka İletişim Stratejileri. İstanbul: Mediacat Yayıncılık.
- Ünüsün Ç, Sezgin M. (2005). Turizm Strateji Eksenli Pazarlama İletişimi. Konya: Nüve Kültür Merkezi Yayınları.
- Vanlı H, Küçük B. (2013). Sağlık turizmi ve termal turizmi açısından sağlıklı yaşam köyünün incelenmesi. *Ekonomik, Sosyal ve Siyasal Analiz Dergisi*, 2013(2), 97-106.
- Villages.com. Erişim: 12 Aralık 2022, <https://www.villages.com.au/nsw/bowral/mt-eymard-retirement-community-4001>
- Williams A. (1987). Health economics: The cheerful face of dismal science?. *Health and Economics*, 6(2), 1-11.
- Yağcı Ö. (2003). Turizm Ekonomisi (1. bs.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yalçın P. (2006). Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Yavaş H. (2002). Özürlülerin Kentsel Mekanda Hareketliliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Yerebakan M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını.

- Yıldız Z, Yıldız S, Bozyer S. (2018). İşitme engelli turizmi (sessiz turizm): Dünya ve türkiye potansiyeline yönelik bir değerlendirme. *Vizyoner Dergisi*, 9(20), 103-117.
- Yıldız Z, Yıldız S, Karaçayır E. (2017). Dünyada ve Türkiye'de engelli turizmi pazarının değerlendirilmesi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 5(2), 61-80.
- Yılmazdoğan OC, Temizkan SP. (2014). Otel internet sitelerinde engelli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik bilgilerin varlığı üzerine bir araştırma. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 2014(2), 159-172.
- Yirik Ş. (2014). Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya
- Yüksel G, Erkan A, Çetin T. (2017). Giresun ili sağlık turizmi potansiyelinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(49), 773-785.
- Zahari MsM, Hanafiah MH, Zulkifly MI. (2017). Medical tourism: Tourist information sources, satisfaction and post behavioral. *Journal of Tourism, Hospitality and Culinary Arts*, 9(2), 23-34.
- Zhang J, Seo S, Lee H. (2013). The impact of psychological distance on chinese customers when selecting an international healthcare service country. *Tourism Management*, 2013(30), 32-40.
- Klein-Bölting U, Sander B, Murad-Aga T. (2001). Brand Equity Excellence. Zimmermann R. (Ed.) Brand Equity Review. Germany: BBDO Group. S:1-74.

## EKLER

### EK 1: Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
01/03/2021	06	2021/51-72

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN başkanlığında 01.03.2021 tarihinde saat 12:45'de toplandı. Gündem onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

#### KARAR NO: 2021/60

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans (II. Öğretim) programında kayıtlı 19580100002 nolu öğrenci Didem SÖZERİ'nin, tez önerisine ilişkin Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.03.2021 tarih ve 575478 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans (II. Öğretim) programında kayıtlı 19580100002 nolu öğrenci Didem SÖZERİ'nin, Doç. Dr. Sedat BOSTAN danışmanlığında yürüteceği "*Türkiye Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi Uzun Yaşam Köyleri Çalışması*" başlıklı tez önerisinin Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 27/1 maddesi uyarınca kabulüne, kararın Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi (Ek-9).



## EK 2: Enstitü Yönetim Kurulu Tez Başlığı Değişirme Kararı

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
28/10/2021	31	2021/227-233

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü V. Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN başkanlığında 28/10/2021 tarihinde saat 12:00'da toplandı. Gündemler onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

**KARAR NO: 2021/229**

Enstitümüz Sağlık Yönetimi II. Öğretim Tezli Yüksek Lisans programında kayıtlı 19580100002 nolu öğrencisi Didem SOZERİ ve 19580100006 nolu öğrencisi Özlem YAZICI'nın tez başlığı değişikliğine ilişkin Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 22/10/2021 tarih ve 654358 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Sağlık Yönetimi II. Öğretim Tezli Yüksek Lisans programında kayıtlı 19580100002 nolu öğrencisi Didem SOZERİ ve 19580100006 nolu öğrencisi Özlem YAZICI'nın, Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 27/2 maddesi uyarınca tez konusu değişikliğinin Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan önerildiği şekli ile uygun olduğuna, kararın ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıyla katılanların oybirliği ile karar verildi (EK-2).

Öğrenci No	Adı Soyadı	Danışmanı	Eski Tez Konusu	Yeni Tez Konusu
19580100002	Didem SOZERİ	Prof. Dr. Sedat BOSTAN	<i>Türkiye Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi Uzun Yaşam Köyleri Çalışması</i>	<i>Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmde Türkiye Uzun Yaşam Köyleri Çalışması</i>
19580100006	Özlem YAZICI	Prof. Dr. Sedat BOSTAN	<i>Covid 19 Pandemi Döneminde Özel Hastanelerin Finansal Yapısında ve Hasta Profilineki Değişikliklerin İncelenmesi: Bir Özel Hastane Örneği</i>	<i>Covid19 Pandemi Sürecinin Türkiye'deki Özel Hastanelerin Finansal Yapısına Etkileri Araştırma Projesi</i>



### EK 3: Etik Kurul Kararı

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
11/11/2021	11	2021-203

**KARAR NO: 2021-203**

*Prof. Dr. Sedat BOSTAN'ın "Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmde Türkiye Uzun Yaşam Köyleri Çalışması" başlıklı çalışmasının etik yönden incelendi.*

Prof. Dr. Sedat BOSTAN'ın "Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmde Türkiye Uzun Yaşam Köyleri Çalışması" başlıklı çalışmasının etik yönden uygun olduğuna, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR  
11/11/2021  
  
Doç. Dr. Hasan Hüseyin MUTLU  
Başkan



## EK 4: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Veri Toplama İzni



T.C.  
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : E-84459573-605.01-3100269  
Konu : Veri Toplama(Didem SÖZERİ)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 11.03.2022 tarihli ve E-71969520-300[605.01]-2928833 sayılı yazısı.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğümün 11/03/2022 tarihli ve 2928883 sayılı yazısı ile Ordu Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Didem SÖZERİ'nin, Prof. Dr. Sedat BOSTAN danışmanlığında yürüteceği "Türkiye Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmi Uzun Yaşam Köyleri Çalışması" başlıklı tez çalışmasına ilişkin saha araştırma faaliyetlerini Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Ordu, Trabzon, Van İllerindeki huzurevlerinde gerçekleştirebilme talebine ilişkin alınan Makam Onayı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ahmet Abdullah SEZEN  
Bakan a.  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkan V.

Ek: 23/03/2022 tarihli E-84459573-605.01-2972464 sayılı Makam Onayı.

Dağıtım:

Gereği:

Bilgi:

ANKARA VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne İl Müdürlüğü)

ADANA VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

ANTALYA VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

BALIKESİR VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

GAZİANTEP VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

İSTANBUL VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

İZMİR VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü)

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Doğrulama Kodu: 4BD33C93-9C8C-4A65-9399-B6509391958C

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ashb-ebys>

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510

Çankaya/ Ankara

(312)705 57 00

(312)705 57 57

Bilgi için: Seval ÇETİN

Sosyal Çalışmacı

Telefon No: (312) 705 57 22



## EK 5: Yaşlı Bakımevi Hizmetlerinden İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu) Ölçeği

### Yaşlı Bakımevi Hizmetlerinden İyi Oluş Hali (Tatmin Durumu): Bir Saha Araştırması

1. Yaşlı Bakımevi hizmetleriyle ilgili memnuniyet düzeyiniz nedir?					
<i>İyi oluş göstergeleri</i>	Hiç tatmin olmamış	Tatmin olmamış	Normal	Tatmin olmuş	Çok tatmin olmuş
Başvuru süreci					
Fiziksel çevre					
Genel olarak imkanlar (olanaklar)					
İstek ve ihtiyaçlarının anlaşılması					
Bakımevindeki yaşam standardın					
Bakımevindeki sağlık şartların					
Aldığınız destek ve rehberlik					
Personeli ile kişisel ilişkilerin					
Kendini güvende ve emniyette hissetmen					
Sosyal etkileşimlerin					
Ruhsal veya dini yönün					
Sağlık hizmet kalitesi					
Yaşlı bakım hizmeti kalitesi					
Gıda ve beslenme					
Kabul etme düzeyin					
Saygı ve nezaket görme					
Evrak işlemleri					
Kişisel yaşamına katkı düzeyi					
Ödediğiniz paraya değdi mi?					

### 2. Demografik Bilgiler

- i) Cinsiyet a) Erkek b) Kadın
- ii) Ülken .....
- iii) Yaş a) 18-24 b) 25-34 c) 35-44 d) 45-54 e) 55-64 f) 65+
- iv) Meslek a) kendi işim b) Memur c) işçi d) Emekli e) Öğrenci  
f) İşsiz g) Diğer.....
- v) Bakımevi ücretlerini kim karşılıyor a) kendim b) devlet c) ailem
- vi) Bakımevinde kalma süren .....yıl
- vii) Eğitim a) eğitimsiz b)lise ve aşağısı c) 2 yıllık yüksek okul d) Üniversite e) Lisans üstü

## EK 6: Yaşlı Bakım Evleri Görüşme Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde bir saha araştırması olarak hazırlanan “Yaşlı Bakımı ve Engelli Turizmde Türkiye Uzun Yaşam Köyleri Çalışması” adlı çalışma için düzenlenmiştir. Elimizde ki bu anket formu sonucunda elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel çalışma amaçlı kullanılacaktır.

Anketimize ayırdığınız kıymetli zamanınız, saygıdeğer emeğiniz, samimi ve içten cevaplarınız için teşekkür ederiz.

**Araştırmacı**

Didem SÖZERİ

**Danışman**

Prof. Dr. Sedat BOSTAN

Cinsiyetiniz <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Yaşınız <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55 ve üstü
<b>Eğitim-öğretim durumunuz</b> <input type="checkbox"/> İlk veya Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise veya Meslek Lisesi <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
<b>Mesleğiniz</b> <input type="checkbox"/> Yönetici <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hasta Bakım Personeli
<b>Yaşlı ve Engelli Bakımı konusunda çalışma süreniz</b> <input type="checkbox"/> 3 yıldan az <input type="checkbox"/> 3-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11-20 yıl <input type="checkbox"/> 20 yıl ve üstü
<b>Yaşlı veya engelli bakımı konusunda bir eğitiminiz var mı?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Yaşlı veya engelli bakımı konusunda bir eğitiminiz varsa hangisidir?</b> <input type="checkbox"/> Hizmet içi Eğitim kurslarına katılım <input type="checkbox"/> Sertifika programı <input type="checkbox"/> Lise veya Meslek Lisesi <input type="checkbox"/> Ön lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü Eğitimin adı: .....

<b>Çalışılan kurumun adı:.....</b>
<b>Siz veya yakınınızın/tanıdığınızın yaşlı ve engelli bakımı için ihtiyacı oldu mu?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Siz veya yakınınızın/tanıdığınızın yaşlı ve engelli bakım kurumlarında kalmalarını onaylar mısınız?</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Kurumunuza hangi yaşlı veya engelli kişileri, hangi şartlarda kabul ediyorsunuz? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzdaki misafirlerinize genel ve sağlık bakımıyla ilgili ne tür hizmetler sunuyorsunuz? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzdaki misafirlerinize sunduğunuz rekreasyon hizmetleri ve imkanları nelerdir? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzdaki misafirleriniz ne kadar süreyle ne şekilde kalıyorlar? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzdaki misafirlerin mali giderleri nereden karşılanıyor? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzdan hizmet alanlarla, hizmet sonrası iletişiminiz devam ediyor mu? Ne tür geri dönüşler alıyorsunuz? Açıklayınız.</b>
<b>Kurumunuzda yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir?</b>
<b>Yaşlı ve engelli turizmi kavramlarını biliyor musunuz? Yaptığımız iş bu kapsamda sayılır mı? Açıklayınız.</b>
<b>Ülkemizin yaşlı ve engelli turizmi potansiyeli var mı? Nasıl değerlendirirsiniz?</b>
<b>Ülkemizde yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına neler yapılabilir?</b>
<b>Uzun yaşam köylerinden haberdar mısınız? Hizmetleri hakkında ne düşünüyorsunuz?</b>

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Didem SÖZERİ  
**Doğum Yeri** : Fatsa  
**Doğum Tarihi** : 13.04.2022  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : ddm.szr@hotmail.com

### Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yönetimi	Gümüşhane Üniversitesi	2014
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi	Ordu Üniversitesi	2022

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Başhekim Asistanı	Ordu Medicalpark Hastanesi	2015-2017
Kalite Müdür Yardımcısı	Ordu Medicalpark Hastanesi	2017-