

YAŞLI SAĞLIĞI: *SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER*

Editörler

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Prof. Dr. Melikşah ERTEM



Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Temmuz 2012

YAŞLI SAĞLIĞI: SORUNLAR VE ÇÖZÜMLER

HASUDER Yayın No: 2012-1

Bu kitabın tüm yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne ait olup, kurumun izni olmaksızın depolanamaz, kopyalanamaz ve çoğaltılamaz.

Kitapta yer alan yazılardaki görüşler ve ilgili sorumluluk yazarlara aittir.

ISBN: 978-975-97836-1-7

© 2012, Turkish Society of Public Health Specialists /
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Printed by/Baskı: Palme Yayıncılık
1. Baskı

<http://www.hasuder.org.tr>

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) üyelerinin katkılarıyla hazırlanmış olan “Yaşlı Sağlığı: *Sorunlar ve Çözümler*” kitabında temel olarak yaşlanma, yaşlılık kavramlarına ilişkin Türkiye değerlendirmesi, bu dönemde öne çıkan sağlık, hastalıkla ilgili riskler, koşullar ve durumlar, yaşamın niteliği, yaşlılık döneminde yapılan bilimsel çalışmalar, süreci geliştirmek için hekim meslek örgütünün rolü ele alınmıştır. Değerlendirmelerin ardından da süreci geliştirmeye dair öneriler sunulmuştur.

Kitaba HASUDER adına katkı sunan değerli akademisyen hocalarımıza, Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra teşkilatlarında çalışan meslektaşlarımıza içtenlikle teşekkür ederiz. Kitap kapsamında 19 değerli yazarın birikim ve deneyimleri 14 yazı aracılığı ile okuyucularla paylaşılmıştır. Kitabın son bölümünde yazarların kendi anlatımlarından “kısa” özgeçmişlerine de yer verilmiştir.

Bölüm yazarlarının sayıca çoğunluğu halk sağlığı profesyoneli olup halen HASUDER üyesidir. Bununla birlikte bir yazarımız yaşlı sağlığına sosyal bilimci kimliğiyle ve iki yazarımız da klinisyen kimlikleriyle farklı bir bakış açısı kazandırmışlardır.

Kitapta yer alan konuların bundan sonraki dönemlerde de aralıklı olarak gözden geçirilerek güncellenmesi, var olan mevcut durumdaki değişimlerin ortaya konması ve yeni gereksinimlerin belirlenerek çözümler üretilmesi açısından son derece değerli olacaktır.

Yaşlı Sağlığı: *Sorunlar ve Çözümler* kitabına ortaya çıkmasına sağladıkları destek için de yazarlar adına HASUDER Yönetim Kurulu üyelerine de teşekkürlerimizi sunarız.

Yararlı olabilmesi dileğiyle,

Saygılarımızla

Prof. Dr. Dilek ASLAN
Prof. Dr. Melikşah ERTEM

Bölüm Editörleri

İÇİNDEKİLER

TÜRKİYE’DE DEMOGRAFİK DEĞİŞİM; YAŞLILIK PERSPEKTİFİ	1
Sabahat TEZCAN, Pelin SEÇKİNER	
HALK SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE YAŞLANMA; NE KADAR YETERLİ?	9
Reyhan UÇKU, Hatice ŞİMŞEK	
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE YAŞLILIK	12
Hatice ŞİMŞEK, Reyhan UÇKU	
TOPLUMSAL CİNSİYET VE YAŞLILIK.....	17
Ayşe AKIN	
YAŞLILIK DÖNEMİNDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	25
Emine BARAN, Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ	
SAĞLIKLI YAŞLANMA İÇİN ÇEVRE	31
Derya ÇAMUR, Songül ACAR-VAİZOĞLU	
SAĞLIKLI BESLENME VE YAŞLILIK.....	37
Dilek ASLAN	
BEDENSEL ETKİNLİK VE YAŞLILIK	42
Elçin BALCI	
KLİNİSYEN GÖZÜYLE YAŞLILIK DÖNEMİNDE SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR.....	48
Yeşim GÖKÇE-KUTSAL, Sibel EYİĞÖR	
YAŞLANMA VE KRONİK HASTALIKLAR; TÜRKİYE PERSPEKTİFİ	60
Nazan YARDIM	
YAŞLILIK DÖNEMİNDE ALGILANAN SAĞLIK VE YAŞAMIN NİTELİĞİ; NEREDEYİZ?	66
Meral SAYGUN, Erhan ESER	
YAŞLILIK VE YETİ YİTİMİ	75
Pembe KESKİNOĞLU	
HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA EVDE BAKIM HİZMETLERİ; DURUM TESPİTİ	80
Didem ARSLANTAŞ	
YAŞLILIK VE MESLEK ODALARI ÇALIŞMALARI	87
Deniz AKGÜN	
YAZARLARIN KISA ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ	90

TÜRKİYE’DE DEMOGRAFİK DEĞİŞİM; YAŞLILIK PERSPEKTİFİ

Sabahat TEZCAN,* Pelin SEÇKİNER**

ÖZ

Türkiye dünyadaki birçok ülkedeki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet’in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk sayımda 13.6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27.7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise 6 çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik antinatalist nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Kırdan kente göç hareketlerinin 1950’li yıllarda başlaması ve son 30 yılda hız kazanması, ana-çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artması, kadının çalışma hayatına katılımı ile özellikle de 1980’lerden sonra doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve bunun sonucu olarak toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2.16 çocuğa gerilemiştir. Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940’lı yıllarda erkekler 30 yaşına, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71’e, kadınlar için ise 76’ya çıkmıştır.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konusudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genellinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı yaşlı” olarak tanımlanmaktadır.

Doğurganlık ve ölümlülük düzeyindeki gelişmelere bağlı olarak Türkiye’de 1970’lerden itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında yüzde 3.5 iken, 1970 yılında yüzde 4.4’e, 2010 yılında ise yüzde 7.2’ye çıkmıştır. Yaşlı nüfusun alt sınıflamalarına göre baktığımızda genç yaşlı olarak tanımlanan 65-74 yaş grubundaki nüfus 1940’ta yüzde 2.4 iken 2010 yılına gelindiğinde ise neredeyse iki katına çıkmıştır (yüzde 4.4). 65-74 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı ise son yarım yüzyılda yüzde 0.9’dan yüzde 2.4’e ulaşmıştır. En yaşlı yaşlı grup olan 85 yaş ve üstü nüfus oranı son 60 yılda çok fazla değişmemiş ve yüzde 0.3 ile yüzde 0.4 arasında kalmıştır. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibarıyla artış göstermiştir. Bu oran, 1940 yılında 6,5’ten 1970’te yüzde 8.2’ye

* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

** Ar. Gör. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

yükselmiş ve günümüzde 10,8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibarıyla 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14,5'e yükselecektir.

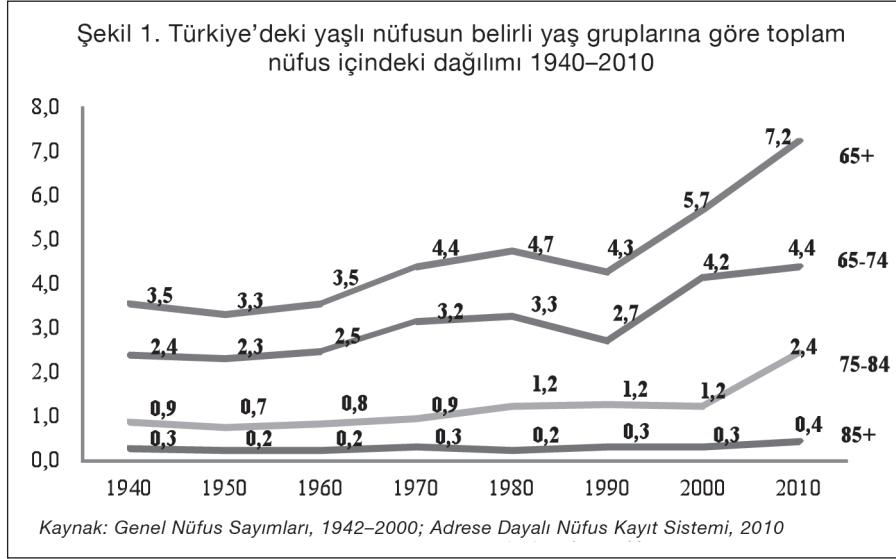
Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirecektir. Günümüzde yaşlıların bakımından esas olarak sorumlu olan kişiler kadınlar veya kız çocuklarıdır. Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim kurumlarında daha uzun süre kalmaları, çalışma hayatına dahil olmaya başlamalarıyla kurumsal bakım ihtiyacı da artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan grubun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Devletin, ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir. Ancak, Türkiye de dahil olmak üzere bu ülkeler, doğurganlığın hızla azalmasıyla yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır.

Nüfusların yaşlanması, demografik geçiş sürecinin bir sonucudur. Yüksek ölümlülük ve ardından yüksek doğurganlık düzeyinde meydana gelen azalmaya paralel olarak yaşam süreleri de uzamıştır. Ayrıca, nüfusların yaş yapılarında da değişiklikler olmuş ve genç yaş gruplarından ileri yaş gruplarına doğru bir geçiş yaşanmaya başlanmıştır. Doğurganlıktaki düşüşün yaşlı nüfusun artmasındaki en temel belirleyici olduğu söylenebilir. Son yarım yüzyılda, toplam doğurganlık hızı dünya genelinde neredeyse yarı yarıya azalmış; 5 çocuktan 2.7 çocuğa gerilemiştir. Gelecek yüzyıl içerisinde dünyada toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyi olan 2.1 çocuk olacağı tahmin edilmektedir. Doğurganlığın düşmesi de genç nüfusun azalması anlamına gelmektedir (1).

Ölümlülük düzeyindeki değişimler de yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğünün belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Genel ölümlülük ve özellikle çocukluk dönemi ölümlülük düzeyindeki iyileşmeler, daha fazla insanın daha uzun süre hayatta kalacağı ve dolayısıyla da doğuştan beklenen yaşam süresinin de uzayacağı anlamına gelmektedir. İkinci Dünya savaşından sonraki dönemde dünya genelinde insanlar doğumdan itibaren en fazla 46 yıl yaşarken, günümüzde bu süre 67 yıla çıkmıştır ve 2045-2050 yılları arasında 75 yıla çıkacağı öngörülmektedir (1). Her ne kadar gelişmekte olan ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresinde dalgalanmalar olsa da pek çok ülkede bu süre artmaya devam etmektedir. Bu da yaşlı olarak tanımlanan grubun giderek büyüyeceği anlamına gelmektedir. Günümüzde dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunmakta ve yarısından fazlası ise gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı ve bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (2).

Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk nüfus sayımında 13.6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27.7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise altı çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik antinatalist nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Kırdan kente göç hareketlerinin 1950'li yıllarda başlaması ve son 30 yılda hız kazanması, ana-çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artması, kadının çalışma hayatına katılımı ile özellikle de 1980'lerden sonra doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve bunun sonucu olarak toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2.16 çocuğa gerilemiştir (3). Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki, iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940'lı yıllarda erkekler ortalama 30, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71'e kadınlar için ise 76 yaşa çıkmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun yapmış olduğu projeksiyolarda doğustaki yaşam beklentisinin 2025 yılında erkeklerde 73.1'e, kadınlarda da 78.9'a yükseleceği öngörülmektedir. Bu da Türkiye nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği ve yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü kadınların oluşturacağı anlamına gelmektedir.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konusudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır (4). Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlılık”, 75-84 yaş grubu “ileri yaşlılık”, 85 ve üzeri yaş grubu “çok ileri yaşlılık” olarak tanımlanmaktadır (5).



Doğurganlık ve ölümlülük düzeyindeki gelişmelere bağlı olarak Türkiye’de 1970’lerden itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında yüzde 3.5 iken, 1970 yılında yüzde 4.4’e, 2010 yılında ise yüzde 7.2’ye çıkmıştır (Şekil 1). Yaşlı nüfusun alt sınıflamalarına göre baktığımızda genç yaşlı olarak tanımlanan 65-74 yaş grubundaki nüfus 1940’ta yüzde 2.4 iken 2010 yılına gelindiğinde ise neredeyse iki katına çıkmıştır (yüzde 4.4). 75-84 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı ise son yarım yüzyılda yüzde 0.9’dan yüzde 2.4’e ulaşmıştır. Çok ileri yaşlı olan 85 yaş ve üstü nüfusun oranı son 60 yılda çok fazla değişmemiş ve yüzde 0.3 ile yüzde 0.4 arasında kalmıştır.

Tablo 1. Yıllar itibariyle Türkiye’deki bağımlılık oranları

Yıllar	Toplam nüfus (bin)	Çocuk (0-14) bağımlılık oranı	Yaşlı (65+) bağımlılık oranı	Toplam bağımlılık oranı
1940	17 821	77.6	6.5	84.1
1950	20 947	65.7	5.7	71.3
1960	27 755	74.7	6.4	81.1
1970	35 605	77.7	8.2	85.9
1980	44 737	69.7	8.4	78.1
1990	56 473	57.6	7.1	64.7
2000	67 804	46.3	8.8	55.1
2010	73 723	38.1	10.8	48.9
2025	85 407	32.1	14.5	46.6

Kaynak: Genel Nüfus Sayımları, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Türkiye İstatistik Kurumu projeksiyonları

Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir (Tablo 1). Bu oran, 1940 yılında 6.5'ten 1970'te yüzde 8.2'ye yükselmiş ve günümüzde 10.8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise toplam nüfusun 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8.4 milyon olacağı öngörülmektedir (6). Bu verilere göre, 2025'te nüfusun yüzde 10'u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14.5'e yükselecektir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in (TNSA-2008) veri seti kullanılarak yapılan betimsel analizlerde toplam nüfusun yüzde 6.8'ini 65 ve üzeri nüfusun oluşturduğu tespit edilmiştir. Yaşlı nüfusun alt gruplardaki dağılımına göre bakıldığında ise yüzde 4.1'i 65-74 yaş grubunda, yüzde 2.2'si 75-84 yaş grubunda ve yüzde 0.4'ü 85 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Bu bulgular, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nin (ADNKS) 2008 yılına ait veri setinden elde edilen sonuçlarla da örtüşmektedir (6).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008) bulguları doğrultusunda çeşitli değişkenlere göre nüfusun (de facto) kendi içindeki yüzde dağılımı Tablo 2'de verilmektedir. Yaşlıların eğitim düzeyi çok yüksek değildir. Yaşlı nüfusun neredeyse yarısının eğitimi yoktur. Yüzde 39'u ilkokulu tamamlamıştır ve yaş ilerledikçe eğitim düzeyi de azalmaktadır. Bölgeler açısından ele alındığında ise Batı Anadolu bölgesi en yaşlı bölge olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlıların yüzde 42'si bu bölgede yaşamaktadır. Aslında bu durum Batı bölgesinin toplam doğurganlık hızı (1.7) dikkate alındığında beklenen bir sonuçtur. Her ne kadar Türkiye demografik geçiş sürecinin üçüncü aşamasında yer alsın da, bölgeler bu geçişin farklı aşamalarında yer almaktadır. Demografik geçişini tamamlamış olan Batı bölgesinin, yakın gelecekte Türkiye'nin gündeminde ilk sıralarda yer alacak olan yaşlılık sorunu ile daha erken karşılaşacağı beklenen bir durumdur.

Batı bölgesinden sonra ikinci sırayı Orta Anadolu bölgesi (%24) almaktadır. Yaşlı nüfusun daha az bulunduğu bölgeler ise sırasıyla Kuzey (%10), Güney (%11) ve Doğu (%13) bölgeleridir.

Yaşlıların yüzde 62'sinin araştırma tarihinde evli olduğu görülmüştür. Yüzde 36'sının ise eşleri ölmüştür. Araştırma tarihinde evli olanların yüzdesi yaş ilerledikçe ve özellikle de 85 yaş ve üzerindeki nüfusta belirgin olarak düşmektedir. 85 yaş ve üzerindeki nüfusta her 10 yaşlıdan 7'sinin eşi ölmüştür. Yaşlıların medeni durumuna cinsiyete göre bakıldığında belirgin farklar söz konusu olmaktadır (Tablo 3). Eşi ölen yaşlı kadınların yüzdesi erkeklere göre neredeyse iki kat daha fazladır. Evli kadınların yüzdesi yaş ilerledikçe belirgin olarak düşmektedir ve çok ileri yaşlı kabul edilen kadınların sadece yüzde 10'u evlidir. Buna karşılık aynı yaş grubundaki erkeklerin neredeyse yarısı araştırma tarihinde evlidir. Bu durum ileri yaş ölümlülüğünde erkeklerin daha dezavantajlı olmasından kaynaklanabileceği gibi eşin ölmesi, boşanma gibi sebeplerle evlilikleri biten erkeklerin kadınlara kıyasla yeniden evlenmeye daha yatkın olmalarından da kaynaklanabilir.

Gelir durumu açısından bakıldığında ise yaşlıların %31'nin herhangi bir geliri yok iken %51'inin emekli maaşı (doğrudan kendisine ait veya dolaylı olarak), %13'ünün ise yaşlılık aylığı bulunmaktadır. Yaşlılık aylığı özellikle çok ileri yaşlı olarak tanımlanan 85 ve üzeri nüfus için önemli bir gelir kaynağı olduğu görülmektedir (yüzde 29). TNSA-2008 sonuçlarına göre 65 yaş ve üzerinde olanların %12'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır ve yaş ilerledikçe sağlık güvencesi olmayanların yüzdesi de artmaktadır. Dolayısıyla bu grupta yer alanların sağlık hizmetlerinden faydalanmaları, hizmet bedelinin tamamını ödemeleri halinde mümkün olabilmektedir. Sağlık güvencesi olanların ise büyük bir kısmı SSK'lı ve Bağ-Kur'ludur. Emekli Sandığı'na bağlı olanlar yüzde 15 civarındadır. Yeşil kart ise özellikle de 85 ve üzerindeki yaşlı nüfus için önemli bir sağlık güvencesi olmaktadır. Her 4 yaşlıdan birinin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır.

Tablo 2. Bazı özelliklere göre yaşlı nüfusun yüzde dağılımı¹ (7), TNSA-2008

Özellik	Yaş grubu			Toplam	
	65-74 n=1640	75-84 n=894	85+ n=172		
Yerleşim yeri					
Kent	60.0	60.2	54.7	59.7	
Kır	40.0	39.8	45.3	40.3	
Bölge					
Batı	40.4	45.3	37.8	41.8	
Güney	12.4	9.3	7.6	11.1	
Orta	24.7	21.4	26.7	23.7	
Kuzey	9.8	11.6	9.3	10.4	
Doğu	12.7	12.4	18.6	13.0	
Medeni durum					
Hiç evlenmemiş	0.7	1.0	1.7	0.9	
Evli	70.5	53.4	25.0	61.9	
Eşi ölmüş	27.9	44.6	72.7	36.3	
Boşanmış/ayrı yaşıyor	0.9	1.0	0.6	0.9	
Öğrenim durumu					
Eğitimi yok	44.8	55.0	68.0	49.6	
İlkokul	41.9	36.0	27.8	39.1	
Ortaokul	9.3	6.0	4.1	7.9	
Lise veya üzeri	4.0	2.9	0.0	3.4	
Cinsiyet					
Kadın	45.9	45.9	37.2	45.3	
Erkek	54.1	54.1	62.8	54.7	
Gelir durumu					
Geliri yok	34.0	25.5	27.9	30.8	
Geliri var	66.0	74.5	72.1	69.2	
	Emekli maaşı (kendi)	39.0	34.9	18.2	36.4
	Emekli maaşı (dolaylı)	12.6	18.0	19.4	14.8
	Yaşlılık aylığı	8.7	17.4	29.4	12.9
	Diğer	5.6	4.2	4.7	5.0
Sağlık güvencesi					
Yok	10.1	13.3	19.1	11.8	
SSK	39.3	35.7	28.3	37.4	
Emekli Sandığı	15.8	13.0	12.1	14.6	
Bağ-kur	21.3	21.6	13.9	20.9	
Yeşil kart	11.7	15.4	26.0	13.8	
Diğer	1.4	0.8	0.6	1.1	
Sağlık sorunu					
Var	21.3	28.2	46.8	25.2	
Yok	78.7	71.8	53.2	74.8	
Çocuklarının yaşadığı yer					
Çocuğu yok	3.6	3.7	2.3	3.6	
Aynı evde	44.3	42.0	57.3	44.4	
Aynı binada/sokakta	18.4	21.1	10.5	18.8	
Aynı şehirde	18.1	19.5	15.8	18.4	
Farklı şehir/ülke/diğer	15.6	13.8	14.0	14.9	
Bakımından esas sorumlu kişi					
Kendisi	66.7	57.1	27.5	61.0	
Eşi	12.4	5.7	4.1	9.7	
Kızı	3.4	6.5	15.8	5.2	
Oğlu	14.7	24.5	40.4	19.5	
Gelin/damat	1.5	4.4	4.7	2.7	
Diğer	1.4	1.8	7.6	1.9	
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	

1 Betimsel analizlerde kullanılan değişkenlerin bazıları, Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık konulu TNSA-2008 İleri Analiz çalışmasının Koç, Özgören ve Şirin (2010) tarafından yazılan bölümünde de kullanılmıştır.

Tablo 3. Yaşlı nüfusun medeni durumunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı, TNSA-2008

	Kadın			Erkek		
	65-74	75-84	85+	65-74	75-84	85+
Medeni durum						
Hiç evlenmemiş	0.5	0.8	2.8	0.9	1.0	0.0
Evli	54.9	29.4	10.2	88.7	82.1	50.0
Eşi ölmüş	43.5	68.3	87.0	9.6	16.7	48.4
Boşanmış/ayrı yaşıyor	1.1	1.4	0.0	0.8	0.2	1.6
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tablo 4. Yaşlıların yaş gruplarına göre günlük hayata ilişkin aktiviteleri yapabilme becerisi² (7), TNSA-2008

Günlük aktivite-ler	65-74				75-84				85+				Toplam (65+)			
	Kolay-lıkla	Güçlük-le	Yardımla	İm-kansız	Kolay-lıkla	Güç-lük-le	Yardımla	İm-kansız	Kolay-lıkla	Güç-lük-le	Yardımla	İm-kansız	Kolay-lıkla	Güç-lük-le	Yardımla	İm-kansız
Yatağa yatmak/kalkmak	87.6	8.3	3.8	0.4	79.2	13.4	6.7	0.7	64.5	14.0	19.8	1.7	83.4	10.3	5.8	0.6
Giyinmek/soyunmak	88.4	6.3	4.9	0.4	82.4	8.8	8.0	0.8	59.9	10.5	27.3	2.3	84.6	7.4	7.3	0.6
Yemek yemek	95.5	2.8	1.5	0.1	90.7	4.5	4.0	0.8	76.2	11.0	12.2	0.6	92.8	3.9	3.0	0.4
Tuvalete gitmek	91.2	5.7	2.9	0.2	84.3	8.2	6.7	0.8	65.9	9.8	20.2	4.0	87.3	6.8	5.3	0.7
Banyo yapmak	85.2	5.3	9.0	0.5	73.1	5.8	19.8	1.2	34.3	8.7	53.5	3.5	77.9	5.7	15.4	1.0
Alışveriş yapmak	68.3	10.6	10.0	11.1	49.0	14.8	11.2	25.0	17.4	12.8	14.0	55.8	58.7	12.1	10.6	18.6
Yemek pişirmek	73.8	12.1	4.9	9.3	58.5	13.9	7.8	19.8	20.9	18.0	8.7	52.3	65.4	13.1	6.1	15.5
Günlük ev işleri	64.2	17.1	7.3	11.5	46.6	18.8	9.4	25.2	15.1	17.4	10.5	57.0	55.3	17.7	8.2	18.9
Bankaya/hastaneye vs. gitmek	56.7	10.3	17.3	15.7	39.4	11.4	18.6	30.6	12.8	13.4	12.8	61.0	48.2	10.9	17.4	23.5
Şehir dışına seyahat	57.1	12.4	20.0	10.5	35.5	13.7	29.1	21.7	9.4	15.2	33.3	42.1	46.9	13.0	23.8	16.2

²Betimsel analizlerde kullanılan değişkenlerin bazıları, Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık konulu TNSA-2008 İleri Analiz çalışmasının Koç, Özgören ve Şirin (2010) tarafından yazılan bölümünde de kullanılmıştır.

Yaşlıların büyük bir kısmı (%44), özellikle de çok ileri yaşlı grubundakilerin yarısından fazlası (%57) çocuklarıyla aynı evi paylaşmaktadır. Türkiye’de her ne kadar hanehalkı büyüklüğünde azalma ve çekirdek aileye doğru geçiş söz konusu olsa da yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşıyor olmaları ihtiyaçlarının karşılanması ve bakım almaları konusunda mevcut sistem içerisinde en önemli kurumun hala aile/çocuklar olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Yaşlıların rahatı ve sağlığı konusunda esas sorumluluk genellikle yaşlının kendisine aittir (%61). 65-74 yaş grubundaki nüfus için bu durum belirgin olarak gözlenirken ileri yaşlarda ise yaşlıların kendi sorumluluklarını alamadıkları ve yaşlıların rahatı, sağlığı ve bakımındaki esas sorumluluğun yaş ilerledikçe çocuklara özellikle de erkek çocuklara geçtiği görülmektedir.

TNSA-2008’de yaşlılara günlük hayata ilişkin aktiviteleri yerine getirirken zorlanıp zorlanmadıkları da sorulmuştur (Tablo 4). Yaşlıların büyük bir çoğunluğu ev içerisindeki birçok faaliyeti (yatağa yatmak/kalkmak, giyinmek, yemek yemek, tuvalete gitmek, banyo yapmak) kolaylıkla yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir.

Bunlar ile kıyaslandığında evin dışında yapılan faaliyetleri zorlanmadan yapabilen yaşlıların yüzdesi belirgin olarak azalmıştır ve yaşlıların yüzde 15'inden fazlası için alışveriş yapmak, banka/hastaneye gitmek veya şehir dışına seyahat etmek mümkün görünmemektedir. Yaşa göre bakıldığında ise 75-84 yaş grubundakilerin dörtte biri, 85 yaş ve üzeri nüfusun ise yarısından fazlası için bu aktiviteleri gerçekleştirmek imkansız hale gelmiştir. Bunlara ek olarak günlük ev işleri ve yemek pişirme konusunda zorlanan veya bu faaliyetleri yerine getirmesi imkansız olan yaşlıların yüzdesi de azımsanamayacak ölçüdedir. Yaşlıların ekonomik bağımlılığının yanı sıra yaşları ilerledikçe günlük hayattaki aktiviteleri yerine getirme konusunda da daha bağımlı hale geldikleri görülmektedir. Dolayısıyla, yaşlılar için evde bakım hizmetlerinin önemi giderek ön plana çıkmaktadır. Bunun için yerel yönetimlere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirecektir. Gelişmiş olan ülkeler için yaşlılık yeni bir sorun değildir çünkü bu ülkeler demografik geçişlerini uzun zaman önce tamamlamışlardır ancak gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir ve Türkiye de dahil olmak üzere bu ülkeler, doğurganlığın hızla azalmasıyla yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır.

Türkiye'de günümüzde 5 milyondan fazla yaşlı bulunmaktadır. Doğurganlıktaki düşüşün azalmaya devam etmesi ve yaşam beklentisinin sürekli bir biçimde artış göstermesi, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki sayısal büyüklüğünün de kademeli olarak artacağı anlamına gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre 2025 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun 8.5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (3). Günümüzde yaşlıların bakımından özellikle de çok ileri yaşlı grubunda bulunan yaşlılar için çocuklar esas olarak sorumlu olmaktadır. Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim sürelerinin uzaması, çalışma hayatına dahil olmaya başlamalarıyla kurumsal bakım ihtiyacı da artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan 15-64 yaş grubunun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Bir başka deyişle yaşlıların gelir seviyelerinin düşmesi ve onların fakirleşmesi olarak kendisini gösterecektir. Devletin, ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık ve bakım harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla birincil hedef yaşlı nüfusun daha uzun süre sağlıklı bir biçimde yaşamasını temin etmek olmalıdır (8). Bununla paralel olarak yaşlıların aile hekimlerinin rutin izleme programı kapsamına alınması, yaşlıların daha uzun süre bakım alabilecekleri sosyal tesislerin kurulması, hastanelerden kolay hizmet alabilecekleri düzenlemelerin yapılması amacıyla 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Herkesin Sağlık-Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 7)" doğrultusunda "Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı'nın" geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir (9). Ancak toplumun henüz yaşlılık döneminin özellikleri ve sorunlarına ilişkin bilgi düzeyi tam değildir (10) ve yaşlı nüfusun sosyal hizmet, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin ekonomik ve sosyal sorunlar Türkiye'nin yakın bir gelecekte karşılaşacağı en temel sorunlar olacaktır (3). Bu kapsamda yaşlı nüfusun kurumsal bakım gereksinimlerinin karşılanması için de gerekli tedbirlerin alınması, sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Birleşmiş Milletler (United Nations). World population ageing: 1950-2050. Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Birimi, New York, Birleşmiş Milletler Yayınları, 2002, pp 5-9.
2. WHO Information Fact Sheet. Population ageing-a public health challenge, Number 135, September 1998 (<https://apps.who.int/inf-fs/en/fact135.html>), 19.7.2011.
3. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler, 1968-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010.
4. Türk Geriatri Derneği Ulusal Yaşlı Haftası Basın Bildirisi. http://www.geriatri.org/bildiri_uyh.php. 19.7.2011.
5. Önal AE. Gerontoloji demografik özellikler epidemiyolojik ölçütler, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2006, pp 4-6.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projesiyonları ve Tahminleri. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. 19.7.2011.
7. Koç İ, Özgören A, Şirin H. Türkiye'de yaşlıların yaşam kalitesi ve aile yapısının yaşlıların yaşam kalitesine etkisi. İçerisinde Türkiye'de doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık, Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2008, İleri Analiz Çalışması, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2010, pp 231-83.
8. Yumurtacı A. Nüfusun yaşlanması ve Avrupa emek piyasalarına etkileri, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yöntem ve Çalışma Psikolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
9. Öztekin Z, Akdur R, Aycan S ve arkadaşları. Herkese sağlık Türkiye'nin hedef ve stratejileri (Sağlık 21). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Barok Matbaacılık, 2001, pp 68-9.
10. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):105-10.

HALK SAĞLIĞI UYGULAMALARI VE YAŞLANMA; NE KADAR YETERLİ?

Reyhan UÇKU,* Hatice ŞİMŞEK**

ÖZ

Türkiye’de yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980’lerde başlamış, 2000’li yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerinin bilinmesi önemlidir. Araştırmalar yaşlılıkta sağlığın belirleyicileri ile ilgili ipuçları vermekte ise de, bu belirleyiciler temelinde planlanmış bir sağlık politikası yoktur. Hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirici girişimler yanı sıra sık görülen sağlık sorunlarının erken tanısı, uygun sağıltımı ve düzenli kontrolü yaşlılıkta özel önem taşımaktadır. Bu girişimler için en uygun yaklaşım olan tüm yaşlıların finansal, coğrafik, kültürel, örgütsel erişebilirliğinin olduğu, önceliklere göre düzenlenmiş, evde ve kurumda sistematik bir izlem temeline dayalı, ikinci/üçüncü basamakla entegre bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Ülke önceliklerini göz önüne alan bir yaşlı sağlığı politikası oluşturulmalıdır.

Doğurganlıktaki düşüş ve ölümlülükteki azalma sonucu beklenen yaşam süresinin uzaması ile ortaya çıkan toplum yaşlanması, son yüzyıldaki önemli gelişmelerinden birisidir. Öncelikle gelişmiş ülkelerin yaşadığı toplum yaşlanması, zaman ve süreç olarak farklılıklar gösterse de, hemen hemen tüm ülkelerde gözlenmektedir. Bu sürecin gelecekte de önemini koruyacağı, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde öncelikli sorunlar olarak ele alınması gerekeceği söylenebilir (1,2). Toplum yaşlandıkça sayısal ve oransal olarak artan yaşlı nüfus, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, sağlık ve sosyal sorunları ile toplumun özellikli bir grubunu oluşturur. Aslında, bu sorunlar önlenebilir, geçiktirilebilir ya da daha erken dönemlerde belirlenerek başedilebilir sorunlardır. Bunun için bu özellikli grubun sorunlarının halk sağlığı yaklaşımı ve uygulamaları ile ele alınması gerekir. Öncelikle bebekler, çocuklar, gebe kadınlar gibi yaşlılar da bir risk grubu olarak değerlendirilmelidir. Yaşlılara yönelik hizmet sunumu risk yaklaşımı ile ele alınarak, risk düzeyine göre planlanmalı ve sunulmalıdır. Ancak bu şekilde, yaşlılık dönemindeki sorunlar önlenebilir, geciktirilebilir ya da sakatlık, bağımlılık, erken ölüm gibi ikincil olaylar en aza indirilebilir. Yaşlı sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler yalnızca yaşlılık dönemine özgü değildir. Bu girişimler doğum öncesi dönemden başlayarak yaşam boyu sürdürülmelidir (1). Yaşlı sağlığını koruyucu ve geliştirici girişimlerin başarılı olması, halk sağlığı yaklaşımı ile yaşlılıkta sağlığın belirleyicilerini göz önüne alarak planlanan bir yaşlı sağlığı politikasına bağlıdır (3). Bu politika topluma dayalı bakım temelli olmalıdır. Bakım dar anlamda tıbbi bakım olarak algılanmamalıdır. Topluma dayalı bakım, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi, hastalık ve engelliliğin önlenmesi, geciktirilmesi ya da etkilerinin en aza indirilmesi amacıyla yaşlılara kendi yaşam alanlarında sağlık ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasıdır (4-6). Bu şekilde yaşlıların kendi evlerinde bağımsız kalmaları sağlanabilir. Bu bağlamda, erişim engeli olmadan, tüm yaşlıları kapsayacak bir sağlık politikası oluşturmada temel sorumluluk devlete ait olmalıdır.

* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Öğretim Görevlisi, Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türkiye’de daha çok sosyal hizmetler özelinde ele alınmış olan yaşlı politikaları, kalkınma planlarında 1960’lı yıllardan beri yer almıştır (7). Ancak yaşlanma, toplum yaşlanması ve yaşlı sağlığına ilgi 1980’lerde başlamış, 2000’li yıllarda belirgin şekilde artmıştır. Birinci beş yıllık kalkınma planında yaşlı bakımı toplum ve kişi refahının sağlanması için ele alınacak bir konu olarak vurgulanmış, yaşlı bakımevleri yatırım giderleri içinde belirtilmiştir (8). Bazı öncelikli gruplarla birlikte yaşlılar için de etkin ve yaygın bir toplumsal hizmet örgütlenmesine gidileceği vurgusu ilk kez dördüncü planda yer almıştır (9). Bu hizmet örgütlenmesinde amacın, sağlıklı toplumsal ilişkiler ile ruhsal ve bedensel gelişme olanaklarında adalet sağlamak olduğu belirtilmektedir. Altıncı plan sosyal hizmetler ve yardımların ulaştırılmasında aile biriminin esas alınacağını, yaşlılara yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri geliştirileceğini belirtirken, yedinci planda yaşlının bakımı konusunda ailenin eğitilmesi ve desteklenmesine yer verilmiştir (10). Görüldüğü gibi bu iki planda sosyal hizmetlerde birey değil aile ön plana çıkmaktadır. Sosyal hizmetler dışında yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin kalkınma planlarında yer alması 1990’ların başına rastlamaktadır. Birinci basamakta hizmet sunan birimlerin iyileştirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, yaşlı sağlığı ve evde bakım hizmetlerine yönelik programlar geliştirilmesi hedefleri ilk kez yedinci kalkınma planında belirtilmiştir (11). Sekizinci ve dokuzuncu planlarda yaşlı nüfustaki artışa dikkat çekilerek, bakım veren kurum sayısının ve niteliğinin artırılması ve yaşlı sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (12,13). Bu planlarda, yaşlı bakımı daha çok kurum bakımı olarak ele alınmış ise de yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği de ilk kez dokuzuncu planda yer almıştır.

Türkiye’de, başlangıçta gönüllü kuruluşlar, belediyeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yaşlılara yönelik barınma ağırlıklı yürütülen sosyal hizmetler, 1982 yılında Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) kanunu ile SHÇEK tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Dolayısıyla sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılmıştır. SHÇEK tarafından yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, huzurevi ve bakımevi gibi kurum tabanlı hizmetler olarak uzun süre devam etmiştir ve halen kurum temelli sürdürülmektedir. İlk kez, 2008 yılında çıkarılan bir yönetmelikle, yaşlılar için kurum bakımı dışında gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi başlamışsa da henüz yaygın, tüm yaşlıları kapsayan ve ulaşılabilir bir hizmet değildir.

Ülke genelinde, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri genel sağlık hizmetleri içinde yürütülmektedir. Yaşlıların, birinci basamakta, bir risk grubu olarak ele alınması ve izlenmesi gerekliliği Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de yer almıştır. Bu yönergede sağlık ocaklarının yaşlılarından haberdar olması; kronik hastalığı olanları yılda iki kez evde ya da kurumda izlemesi; genel olarak yaşlıların yılda iki kez sağlık kontrolünden geçmesi; gerekli görülenler için sosyal yardım kurumları ile iletişime geçilmesi birinci basamağın görevleri içinde belirtilmiştir (14). Hatta 2006 yılında yayınlanan Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de Sağlık Ocağı “gezici sağlık hizmeti ekibi 65 yaş ve üstü kişileri tespit etmeli, yılda en az iki kez genel fizik muayeneden geçirmelidir” ifadesi yer almaktadır (15). Görüldüğü gibi, son on yılda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri içinde yaşlı sağlığı ve izlemi, daha çok tıbbi yönüyle ele alınarak gündeme gelmişse de, yaşlının sistematik izlemi ile ilgili standartlar ve formlar oluşturularak işlerlik kazanmamıştır. Sağlıkta dönüşüm sonrasında birinci basamakta, aile hekimlerinin sorumlulukları içinde yaşlı sağlığı hizmetleri yer almaktadır ancak yaşlılara özel bir hizmet planlaması ve uygulaması bulunmamaktadır (16). Birinci basamakta dikkat çeken bir uygulama da aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında kullanılan katsayılarıdır. Yaşlılar için kullanılan katsayı bebek ve çocukların katsayısına eşittir (17). Bu uygulama yaşlıların istekleri dışında, hekime kaydedilmesini önlemek açısından önemlidir. Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alan Toplum Sağlığı Merkezleri’ne ise yaşlı sağlığı konusunda bir sorumluluk verilmemiştir (18). Bu durum yaşlı sağlık hizmetlerinin toplumsal bakış açısıyla değil bireysel olarak ele alındığını düşündürmektedir. Son dönemlerdeki olumlu uygulamalardan birisi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü’nün kurularak yaşlı sağlığı hizmetlerinin bu birim altında toplanmasıdır.

Yaşlı sağlığını ilgilendiren ve gündemde olan bir kavram da evde bakımdır. Yaşlı bakımını da içeren evde bakım hizmetleri, ülkemizde 1990’lı yıllarda gündeme gelmeye başlamıştır. Bu alandaki ilk mevzuat ise ancak 2005 yılında çıkmıştır. İlgili yönetmelik ile özel sektörün evde bakım merkezleri ya da birimleri kurmasının önü açılmıştır. Bu yönetmelikte, evde bakım olarak, hasta kişilerin tıbbi gereksinimlerini karşılamaya yönelik hizmetler öncelenmektedir. Hastaya verilecek bakım içeriği ve sıklığı için bakım planı hazırlanması açısından yönetmelik yeterince açık değildir. Bu yönetmelik evde bakım hizmetleri ile ilgili hazırlanan ilk mevzuat olması açısından

dan önemlidir; ancak bu hizmetler, satın alabilecek az sayıdaki hastaya tıbbi tedavinin devamı olarak sunulabilecek, dar kapsamlı bir evde bakımı tanımlamaktadır (19). Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım ile ilgili 2010 yılında çıkarılan yönergede ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde açılacak birimler tanımlanmış, evde bakım hizmeti sadece evde sağlık hizmet sunumu olarak ele alınmış ve ihtiyacı olan bireylerle sınırlandırmıştır (20). Yönergeye göre evde bakım, birinci basamak ve gerektiğinde ikinci basamakla birlikte sürdürülecektir. Evde bakım yönergede kapsamlı bir sağlık hizmeti olarak tanımlansa da, uygulamada yalnızca yatağa bağımlı hastalara destek sağlanmaktadır (19).

Sonuç olarak, ülkemiz özelinde, uzun süre kurum bakımı ve sosyal yardım olarak sürdürülen yaşlıya yönelik hizmetler, 2000'li yılların başından itibaren hem sağlık hem de sosyal hizmetler boyutuyla farklı uygulamalarla ele alınmaya başlanmıştır. Ancak, görüldüğü gibi, sağlık ve sosyal hizmetler ayrı kurumlar tarafından sunulmaktadır; bu iki parçalı yapı nedeniyle yaşlı sağlığı açısından son derece önemli olan bütünleşik bir hizmet verilememektedir. Aynı zamanda, yaşlının kendi çevresinde olabildiğince bağımsız yaşam sürdürmesi ve yaşam kalitesinin artırmasını hedefleyen, sağlığın sosyal belirleyicilerini temel alarak geniş kapsamlı yaklaşan topluma dayalı yaşlı bakım hizmetinin yürütüldüğü söylenemez. Olması gereken hizmet, Giray ve ark.nın önerdiği gibi, ülke önceliklerini göz önüne alan, sağlık ve sosyal hizmetleri birlikte sunan, erişim engeli olmaksızın tüm yaşlıları kapsayan, sistematik bir izlem temeline dayalı, multidisipliner bir ekip tarafından sunulan, ikinci/üçüncü basamakla entegre bir birinci basamak sağlık hizmetini önceleyen yaşlı sağlığı örgütlenmesidir (21). Öncelikle bu bileşenleri içeren bir yaşlı sağlığı politikası oluşturulmalıdır. Daha sonra bu politikanın uygulanmasının önündeki engeller kaldırılarak yaşama geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Active Ageing, A Policy Framework, Geneva, 2002.
2. UN. World Population Aging 2009, New York, 2010.
3. Satarino WA. Epidemiology of Aging: An Ecological Approach, Jones and Bartlet, 2006.
4. WHO. Health of the elderly, Technical Report Series 779, Geneva, 1989.
5. Alaszewski A, Billings J, Coxon K. Integrated Health and Social Care for Older Persons: Theoretical and Conceptual Issues. In: Leichsenring K, Alaszewski A, editors; Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons; A European Overview of Issues at Stakes. Ashgate Publishing Limited, Aldershot, 2004: 53-94.
6. Tarricone R, Tsouros AD. (Eds). Home care in Europe, WHO regional Office for Europe, Copenhagen, 2008.
7. DPT. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/ey-lempla.pdf>. 12.7.2011.
8. DPT kalkınma planı (birinci beş yıl) 1963 — 1967, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>. 7.7.2011.
9. DPT dördüncü beş yıllık kalkınma planı 1979-1983, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>. 12.7.2011.
10. DPT altıncı beş yıllık kalkınma planı 1990-1994, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf>. 8.7.2011.
11. DPT yedinci beş yıllık kalkınma planı 1996-2000, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf>. 9.7.2011.
12. DPT sekizinci beş yıllık kalkınma planı 2001-2005, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>. 10.7.2011.
13. DPT dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı 2007-2013, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf>. 10.7.2011.
14. SB. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge -2001, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-10644/h/ysaglikhizyur-yon.pdf>. 12.7.2011.
15. SB. Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge- 2006, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-16064/h/gezyon.doc>. 12.7.2011.
16. SB. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Mayıs 2010, Resmî Gazete, Sayı : 27591.
17. SB. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 30 Aralık 2010, Resmî Gazete, Sayı:27801.
18. SB. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge- 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerger.pdf>. 12.7.2011.
19. Uçku, R. Evde Bakım Özel Sektörün İlgisini Çeker mi? Toplum ve Hekim 2011;26(3):193-8.
20. SB. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge-2010, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72726/h/son-yonerger.doc>. 12.7.2011.
21. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yüceci N, Aydın P. ve Uçku R. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi". TSK Kuruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):81-6.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE YAŞLILIK

Hatice ŞİMŞEK,* Reyhan UÇKU**

ÖZ

Türkiye’de yaşlılarda sağlık eşitsizliklerine ilişkin çalışma sayısı oldukça azdır. Eşitsizliği belirlemede kullanılan sosyoekonomik değişkenlerden öğrenim, gelir, sosyal güvence, ev mülkiyeti değişkenleri pek çok çalışmada kullanılmaktayken, sınıf değişkeninin kullanımı kısıtlıdır. Yapılan çalışmalarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de eşitsizliklerin yaşlı sağlığına etkisinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeyin sağlıksız beslenme, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, hekim önerisine uyum gösterememe, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk etmeni olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır. Hastalık varlığı ve kazada ise genellikle öğrenim değişkeninin etkili olmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması önemlidir.

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, sosyoekonomik etmenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık farklılıklarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Sosyoekonomik eşitsizlikler tüm yaş gruplarının sağlığını olumsuz etkilese de yaşlılarda sorunların daha da derinleşmesine neden olarak kötü sağlığın güçlü bir belirleyicisi olmaktadır. Öğrenim, gelir ve yapılan iş ya da mesleğe bağlı sınıf temel sosyoekonomik durum (SED) değişkenleridir. Bu değişkenlere göre değerlendirildiğinde Türkiye’de okuma yazma bilmeyen oranı 6 yaş ve üzeri grupta %5.8 iken, yaşlılarda okuma yazma bilmeyen oranı %32.5’tir, okul bitirmeyen oranı ise %14.6’dır (1). Türkiye’de işgücüne katılım oranı 15 yaş ve üzeri grupta %47.9 iken, yaşlılarda %11.9, istihdam oranı %11.7’dir. İstihdam edilen yaşlıların %21.4’ü ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (2). Yaşlıların %11.7’sinin sağlık güvencesi, %27.1’inin sosyal güvencesi, %30.8’inin hiç geliri bulunmamaktadır (3). Ayrıca çalışan yaşlılar için de emeklilikle birlikte gelirin azalması yoksullaşmaya neden olmaktadır.

Yaşlılarda SED’in etkilerinin incelendiği eşitsizlik çalışmalarında sıklıkla kullanılan bağımlı değişkenler aşağıdaki gibi gruplandırılabilir;

1. Mortalite, sağkalım
2. Sağlık durumu (hastalık varlığı, kronik hastalık sıklığı, komorbidite, psikolojik sağlık, öznel sağlık algısı, ağız sağlığı, polifarmasi, tedaviye uyum)
3. Yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri, engellilik

* Öğretim Görevlisi, Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

4. Sağlık davranışları (sigara, beslenme, fiziksel aktivite)
5. Sağlık hizmetleri erişimi ve kullanımı
6. Sosyal sorunlar (sosyal ilişkiler, ihmal-istismar)

Yaşlılarda SED'in daha kötü olmasının ve yaşam boyu yaşanan eşitsizliklerin birikimsel etkisiyle yaşlılarda sağlık risklerinin artmasına karşın yaşlılar eşitsizlik çalışmalarının en az yapıldığı yaş grubunu oluşturmaktadır. Buna paralel olarak Türkiye'de yaşlılarda sağlık eşitsizliklerine ilişkin yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Ancak eşitsizliği belirlemede kullanılan sosyoekonomik değişkenlerden öğrenim, gelir, sağlık/ sosyal güvence değişkenleri pek çok çalışmada kullanılmaktayken, sınıf değişkeninin kullanımı kısıtlıdır.

Yapılan çalışmalarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de eşitsizliklerin yaşlı sağlığına etkisinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalara bazı örnekler verecek olursak Keskinoglu P ve ark. nın çalışmasında öğrenim demans varlığını etkilemezken, düşük gelirli olmak ve herhangi işi olmamak demans açısından riskli bulunmuştur (4). Gerçek H ve arkadaşlarının çalışmasında düşük öğrenim demans açısından riskken (5), Diker J ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenim yılının yüksek olması, beyaz yakalı olmak, kendi hesabına çalışan olmak, gelir algısı iyi olmak kognitif durumun daha iyi olmasını sağlamaktadır (6). Aynı çalışmada ev mülkiyeti etkili bulunmamıştır. Doğanay ve arkadaşları gelir algısı kötüleştikçe iki yıl içinde yeni koroner olay gelişiminin arttığını belirlemiştir (7). Yaşlılarda yapılan psikolojik sağlık çalışmalarında genellikle öğrenim ve sağlık güvencesinin depresyon ya da anksiyete düzeylerinde belirleyici olmadığı belirlenmiştir (8-12). Bu çalışmalardan Gümüş A ve ark. nın çalışmasında algılanan gelir düzeyinin kötü olması umutsuzluk düzeyini artırmaktayken (11), Balcı E ve ark. nın çalışmasında düşük gelir durumu depresyonu artırmaktadır (13). Depresyonda olduğu gibi Altıparmak S ve Önal EÖ'nün çalışmasında hipertansiyon varlığında öğrenim etkili bulunmamıştır (14,15). Çalışmalarda ihmal ve istismarın düşük öğrenimli ve düşük gelirli yaşlılarda daha fazla olduğu, tapulu mal varlığının istismarda koruyucu olduğu görülmüştür (16-18). Huzurevinde yapılan bir çalışmada öğrenim, gelir ve gelir algısının özbakım gücünü etkilemediği (19), kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı grubunda ise yüksek öğrenim ve yüksek gelire sahip olanlarda özbakım gücünün daha yüksek olduğu bulunmuştur (20). Kötü yaşam memnuniyeti açısından düşük gelir ve sosyal güvencesizlik (21-23); günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisi ve hekim önerisine uyum açısından da özellikle düşük öğrenim risk olarak karşımıza çıkmaktadır (25-36). Kazalar ve mortalite açısından genellikle SED etkili bulunmamışken (37-40), düşük öğrenim ölüm kaygısını artırmaktadır (41). Şimşek H ve arkadaşlarının çalışmasına göre düşük öğrenim ve kötü gelir algısı sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite için risk, beyaz yakalı/ yüksek nitelikli çalışan olma fiziksel inaktivitede koruyucudur (42). Sağlık algısında ise düşük öğrenim ve kötü gelir algısı riskken, sağlık güvencesi varlığı koruyucu etmendir (43). Sağlık güvencesi varlığı da sağlık kurumuna başvuruyu artıran bir etmendir (44-45). Bu çalışmalardan elde edilen çıkarımlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sosyoekonomik durumun yaşlı sağlığına etkisi

RİSK		KORUYUCU	
Değişken	Sonuç	Değişken	Sonuç
Öğrenim		Öğrenim	
Düşük öğrenim	Ölüm kaygısı Demans Yaşam kalitesi İhmal-istismar Günlük yaşam aktivitesi Tedaviye uyum Sağlık algısı Yalnızlık Sağlıksız beslenme Fiziksel inaktivite	Yüksek öğrenim	Kognitif fonksiyon Özbakım Yaşam memnuniyeti İlaç bilgisi
Gelir ve gelire ilişkin değişkenler		Gelir ve gelire ilişkin değişkenler	
Düşük gelir	Demans Depresyon İhmal-istismar Yalnızlık	Yüksek gelir	Özbakım Yaşam memnuniyeti
Kötü gelir algısı	Koroner olay Umutsuzluk Sağlık algısı Sağlıksız beslenme Fiziksel inaktivite	İyi gelir algısı	Kognitif fonksiyon Depresyon Sosyal destek
Sağlık güvencesizliği	Yaşam memnuniyeti Özbakım	Sağlık güvencesi varlığı	Sağlık algısı Sağlık kurumuna başvuru Sosyal destek
		Tapulu mal varlığı	İhmal-istismar
İş /meslek/ sınıf		İş /meslek/ sınıf	
İşi olmama	Demans	Kendi hesabına çalışma	Kognitif fonksiyon
		Beyaz yakalı/ yüksek nitelikli çalışan olma	Kognitif fonksiyon Fiziksel inaktivite

Özetle; Türkiye’de düşük SED’in sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır.

Yapılan çalışmalara göre yaşlılarda düşük öğrenim sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişkendir. Türkiye’de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması, temelde tüm toplumda eşitsizliklerin önlenmesi, bireylerin yaşlılıkla birlikte artan eşitsizliklerden korunması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Yıllığı 2010. Nisan 2011, Ankara.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı İşgücü İstatistikleri 2009. Ağustos 2010, Ankara.
3. Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Ankara, 2010.
4. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçief M, Bilgic N, Ucku R. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of İzmir, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006; 43: 93-100.
5. Gerçek H, İrgil E. Küçükkuşumla Bölgesi'nde 55 yaş üstü nüfusta demans prevalansı ve demans oluşumunu etkileyen etmenlerin araştırılması. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
6. Diker J, Etiler N, Yıldız M, Şeref B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(2):79-86.
7. Doğanay S, Ucku R. Yaşlılarda kötü sağlık algısı koroner kalp hastalığı ve ölümleri belirler mi? 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, 03-07 Ekim 2011, Trabzon.
8. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçief M, Bilgiç N, Ucku R. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):21-6.
9. Altıntaş H, Atilla S, Sevcen F, Akçalar S, Sevim Y, Solak ÖS. Keçiören Belediyesi Yaşlılar Köşkü'nde yaşayanların yaşlılar için depresyon ölçeği ile taranması. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
10. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:227-39.
11. Gümüş Babacan A, Özgür G, Yıldırım S. Huzurevinde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri ve etki eden faktörler. Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi 2007;23(2):105-16.
12. Sütuluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenler. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(3):148-51.
13. Balcı E, Şenol V, Elmalı F, Eşel E. Kayseri'de yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin malnutrisyon durumu ile depresyon arasındaki ilişkinin saptanması. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
14. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı: Manisa örneği. Türk geriatric Dergisi 2006;9(4):197-201.
15. Önal EÖ, Tümerdem Y. Yaşlılıkta hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi 2001;4(4):141-5.
16. Keskinoglu P, Pıçakçief M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in İzmir, Turkey. International Psychogeriatrics 2007;19(4):719-31.
17. İlhan F, Aycan S, İlhan MN, Aksakal FN. Ankara İli Yanimahalle İlçesi Anadolu Mahallesinde aile içi yaşlı istismarının saptanması. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
18. Karaoğlu L, Aydın S. Gaziantep merkezinde yaşayan yaşlı bireylerde şiddete maruziyet ve ilişkili faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
19. Yıldırım Y, Özgür G, Gümüş Babacan A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların özbakım gücü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;23(2):93-103.
20. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Bakar N, Demir N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında anksiyete-depresyon, yaşam kalitesi ve özbakım gücü. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
21. Baran AG, Karıncıkara V, Aral N, Akın G, Gülen B, Özkan Y. Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentsel kesit örneği. Türk Geriatri Dergisi 2007;10(1):10-8.
22. Arun Ö. Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: Kaliteli yaşlanma imkanı üzerine senaryolar. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2008;7(2):313-30.
23. Altıparmak S. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg. 2009;23(3):159-64.
24. Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri İl merkezindeki yaşlıların medikososyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9 (4): 202-12.
25. Keskinoglu P, Bilgiç M, Pıçakçief M, Ucku R. İzmir Çamdibi-1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Geriatri 2003;6(1):27-30.
26. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Yaşlı bireylerde yalnızlık, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen faktörler. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
27. Aydın D, Ersoy İH, Baştürk A, Kutlucan A, Göksu SS, Güngör G, Tamer MN. Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009;2:9-18.
28. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkezi'nde yaşayan yaşlıların bağımlılık düzeyleri, demografik ve medikal özelliklerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(3):33-39.

29. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E ve ark. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;21(3):145-53.
30. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(4):145-54.
31. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri 2000; 3 (4): 133-40.
32. İnal S, Subaşı F, Mungan-Ay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarçay V. Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Geriatri 2003; 6 (3): 95-9.
33. Kılıçoğlu A, Yenilmez Ç. Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. Düşünen Adam; 2005;18(4):187-95.
34. Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C, Işıklı B, Ünsal A. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, 28 Eylül-1 Ekim 2005, Ankara.
35. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi?: Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003;42(2):85-90.
36. Khaniyev Ş, Çaman Karadağ Ö, Çeldirme N, Sönmez U, Ayanoğlu T, Bayramov R. Ankara'nın merkezi bir ilçesindeki yaşlı nüfusta gastrointestinal yakınmaların sıklığı ve sağlık hizmetlerinin kullanımı. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
37. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakcıfe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki yaşlılarda ev içi kazalar. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):89-94.
38. Tortumluoğlu G, Akınlı R, Özer N. Yaşlılarda ev kazaları prevalansı ve etkileyen etmenler. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(2): 22-31.
39. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde yaşayan yaşlılarda düşme risklerinin belirlenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(2): 75-80.
40. Doğan H, Canbaz S, Tander B, Peşken Y, Cantürk F, Oruç Ozal N. The prevalence of home injuries among elderly people in Samsun, Turkey, and the influencing factors. Turk J Med Sci 2010; 40(4): 651-8.
41. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011;12:37-42.
42. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Yaşlılarda sosyoekonomik durumun sağlık davranışları ve öznel sağlık algısına etkisi: İzmir, BAK Projesi örneği. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
43. Ellidokuz H, Uçku R, Aydın ÜY, Ellidokuz E, Beştepe G. 65 yaş üzeri kişilerde sağlık algısı: Çay İlçesi yaşlıları. 1. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 7-11 Nisan 2004, Antalya.
44. Kulac E. Yaşlıların son başvuruda kullandığı sağlık kurumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Uzmanlık Tezi 2004, İzmir.
45. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, Dede Ö, Demir A, Fakioğlu E, Yılmaz N. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesi'nde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Geriatri 2003;6(1):22-6.

TOPLUMSAL CİNSİYET VE YAŞLILIK

Ayşe AKIN*

ÖZ

Bu bölüm özetinin başlangıcında bazı temel tanımlamaların yapılmasında yarar görülmektedir; **Cinsiyet:** Bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, sadece bir cinsiyet farkı yaratmaktadır. **Toplumsal Cinsiyet (Gender):** Farklı kültürde, tarihin farklı anlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. Kadın ya da erkek olarak doğmak, tıpkı ölümlü olmak gibi, biyolojik varlığımızın bir niteliğidir. Ancak daha doğum öncesinde başlatılan süreçle yapay ayrımlar üretilmekte ve bu ayrımcı uygulamalar eğitim hakkının kullanılamaması, kamusal alanda temsil edilememek gibi daha çok kadınların aleyhinde olmak üzere yaşamın bütün dönemlerinde her iki cinsiyet için devam etmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki farklar köken itibarıyla biyolojik olmaktan çok, kültürel niteliktedir. **Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender Equality):** Fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetlere ulaşmada bireyin cinsiyeti nedeni ile ayrımcılığa maruz kalmaması/ayrımcılık yapılmamasıdır. **Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender Equity)** Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve gelirin dağılımında adalet ve hakkaniyet olmasıdır. Bu kavramda kadın ve erkeğin farklı gereksinimlerinin ve gücünün olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılığın belirlenerek, iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzelterek şekilde, gerekenlerin yapılması benimsenmektedir.

Ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde giderek azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilen yaşlılıkta 65 yaş bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Tarihsel kayıtlara bakıldığında ortalama yaşam sürelerinin 1797 de 25, 1897 de 48 yıl, 1947 de 65 yıl, 1997 de ise 76 yıl olarak bildirildiği görülmektedir. Yaşlılık ve sorunları yeni yüzyıldaki sosyal, medikal ve teknolojik gelişmelerin bir anlamda “olumlu” bir sonucu olup bu alanda gelişmiş ülkeler başı çekmektedirler.

Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre (Ocak 2009) Türkiye nüfusu 71.517.100’dür. Bunun %6.8’i 65+ yaş grubundadır (yaklaşık 4.863.163 kişi). Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır ki bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun %10.8’i 2040 yılında %13.6’sı ve 2050 yılında ise 17.3’ünü oluşturacaktır. 2010 yılı için Türkiye’de yaşam beklentisi (süresi) kadınlarda, 76.5, erkeklerde 69.3 yıldır. Genel olarak kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşadıkları bilinmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzadıkça, toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir.

Yaşlılık dönemi, kadın ya da erkek yaşlının, cinsiyeti nedeni ile karşı karşıya kaldığı biyolojik kökenli sağlık sorunları vardır: bazı cinsiyete özel malignensiler, hormonal durumları ile ilişkili olan hastalıklar gibi. Ancak bu yazı kapsamında Türkiye için ortaya konulmaya çalışılan kadın ve erkeğe biçilen toplumsal cinsiyet rolleri ve

* Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü

bağlantılı olarak her iki cinsiyetin de yapılan ayırımcı uygulamalar nedeni ile sağlıkları ile ilgili yaşadıkları sorunların Türkiye ile ilgili mevcut durumunu ve gözlenen eğilimleri ortaya koymaktır. Bu özet kapsamında örnek vermek gerekirse, yöresel olarak değişmekle birlikte Türkiye’de yaşlılık dönemi, cinsiyetin daha çok “nötr”leştiği, özellikle kadınların iktidar alanının genişlediği bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlıya saygı noktasından hareketle ve erkeğin önceki statülerini kaybedip emekli olmasıyla bağlantılı olarak bu alanın görelisi olarak kadınlar lehine bir ayrıcalık yarattığını belirten yayınlar vardır ancak bu yazılarda özellikle de Türkiye açısından ciddi bir konu olan “ataerkil kültürel anlayışın” dışına çıkıldığı anlamına da gelmediği vurgulanmaktadır. Diğer taraftan tam aksi bir durum da söz konusu olabilmekte ve kadınların yaşlılık dönemine dek taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri ve yaşadıkları ayırımcı uygulamalara yaşlılık döneminde bir de yaşlılığa bağlı “ageism” ayırımcılığın eklenmesi ile çifte ayırımcılık yaşadıkları kabul edilmektedir.

Bu yazı kapsamında ileri yaş morbidite ve mortalite için etken olabilecek “gender” bağlantılı ulusal ve bazı yerel istatistiklere, araştırma sonuçlarına yer verilerek, diğer ülke kıyaslamaları da ilgililerin dikkati yaşlanma ve sağlığın “toplumsal cinsiyet” boyutuna çekilmesi amaçlanmaktadır. İleriki yıllarda benzer “gender” sensitif göstergelerin Türkiye Sağlık Profiline yer almasıyla ülkedeki eğilimleri de görmek mümkün olacaktır.

Toplumsal cinsiyet ve sağlık yazısının başlangıç bölümünde bazı temel tanımlamaların yapılmasında yarar görülmektedir;

Cinsiyet: Bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, sadece bir cinsiyet farkı yaratmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet (Gender): Farklı kültürde, tarihin farklı zamanlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. Kadın ya da erkek olarak doğmak, tıpkı ölümlü olmak gibi, biyolojik varlığımızın bir niteliğidir. Ancak daha doğum öncesinde başlatılan süreçle yapay ayrımlar üretilmekte ve bu ayırımcı uygulamalar eğitim ve sağlık hakkının kullanılamaması, kamusal alanda temsil edilememek, fırsatlardan eşit yararlanamamak gibi daha çok kadınların aleyhinde olmak üzere yaşamın bütün dönemlerinde her iki cinsiyet için devam etmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki farklar köken itibarıyla biyolojik olmaktan çok, kültürel niteliktedir (1).

Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender Equality): Fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetlere ulaşmada bireyin cinsiyeti nedeni ile ayırımcılığa maruz kalmaması/ayırımcılık yapılmamasıdır

Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender Equity): Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve gelirin dağılımında adalet ve hakkaniyet olmasıdır. Bu kavramda, kadın ve erkeğin farklı gereksinimlerinin ve gücünün olduğu kabul edilmektedir. Bu farklılığın belirlenerek, iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzelterek şekilde, gereklerin yapılması benimsenmektedir.

Her canlıda görülen, tüm işlevlerde giderek azalmaya neden olan, süregen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilen **yaşlılıkta 65 yaş, bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir**. Dünyanın tarihsel kayıtlarına bakıldığında ortalama yaşam sürelerinin 1797 de 25, 1897 de 48 yıl, 1947 de 65 yıl, 1997 de ise 76 yıl olarak bildirildiği görülmektedir (2).

Yaşlılık ve sorunları yeni yüzyıldaki sosyal, medikal ve teknolojik gelişmelerin bir anlamda “olumlu” bir sonucu olup bu alanda gelişmiş ülkeler başı çekmektedirler.

Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu incelendiğinde; Türkiye İstatistik Kurumunun son güncellemesine göre (Ocak 2009) Türkiye nüfusu 71.517.100’dür. Bunun % 6,8’i 65+ yaş grubundadır (yaklaşık 4.863.163 kişi). Yapılan demografik projeksiyonlarda Türkiye nüfusunun 2050 yılında yaklaşık 100 milyon olacağı hesaplanmaktadır ki bu durumda 65 yaş üzeri nüfus 2030 yılında toplam nüfusun % 10,8’i 2040 yılında % 13,6’sı ve 2050 yılında ise 17,3 ünü oluşturacaktır (3).

2010 yılı için Türkiye’de beklenen yaşam süresi kadınlarda 76,5, erkeklerde 69,3 yıldır. Genel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi daha uzundur böylece toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. **Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir** (4).

Tablo 1. Yaş gruplarına göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları (orta düzey) Kadın-Erkek

Yaş grubu	2000		2030		2050	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
0-4	3 189 166	3 397 930	3 138 156	3 247 174	2 875 231	3 000 388
5-9	3 271 932	3 487 019	3 145 612	3 243 179	2 961 344	3 081 326
10-14	3 309 072	3 571 961	3 213 438	3 307 534	3 056 278	3 170 629
15-19	3 519 398	3 692 566	3 315 769	3 400 535	3 114 981	3 219 643
20-24	3 264 490	3 427 965	3 388 161	3 456 717	3 132 371	3 222 514
25-29	2 919 771	2 977 517	3 358 980	3 407 221	3 139 731	3 216 375
30-34	2 458 082	2 553 302	3 166 285	3 307 150	3 205 858	3 273 212
35-39	2 401 586	2 454 475	3 246 943	3 389 490	3 304 205	3 357 179
40-44	1 985 869	2 084 292	3 272 544	3 443 876	3 369 502	3 402 354
45-49	1 658 550	1 711 382	3 458 808	3 513 045	3 326 236	3 330 744
50-54	1 361 399	1 356 886	3 174 984	3 191 110	3 110 076	3 184 835
55-59	1 042 506	1 016 625	2 790 079	2 665 220	3 143 709	3 168 987
60-64	965 302	864 615	2 278 350	2 132 995	3 090 214	3 055 163
65-69	850 912	795 171	2 105 271	1 829 687	3 118 306	2 855 062
70-74	654 985	518 059	1 568 401	1 292 345	2 617 544	2 242 613
75-79	323 259	254 536	1 070 718	781 075	1 927 585	1 464 232
80	280 914	182 436	935 250	504 064	1 895 674	1 160 042
Toplam	33457 193	34346 737	46627 747	46112 418	50388 844	49 405 297

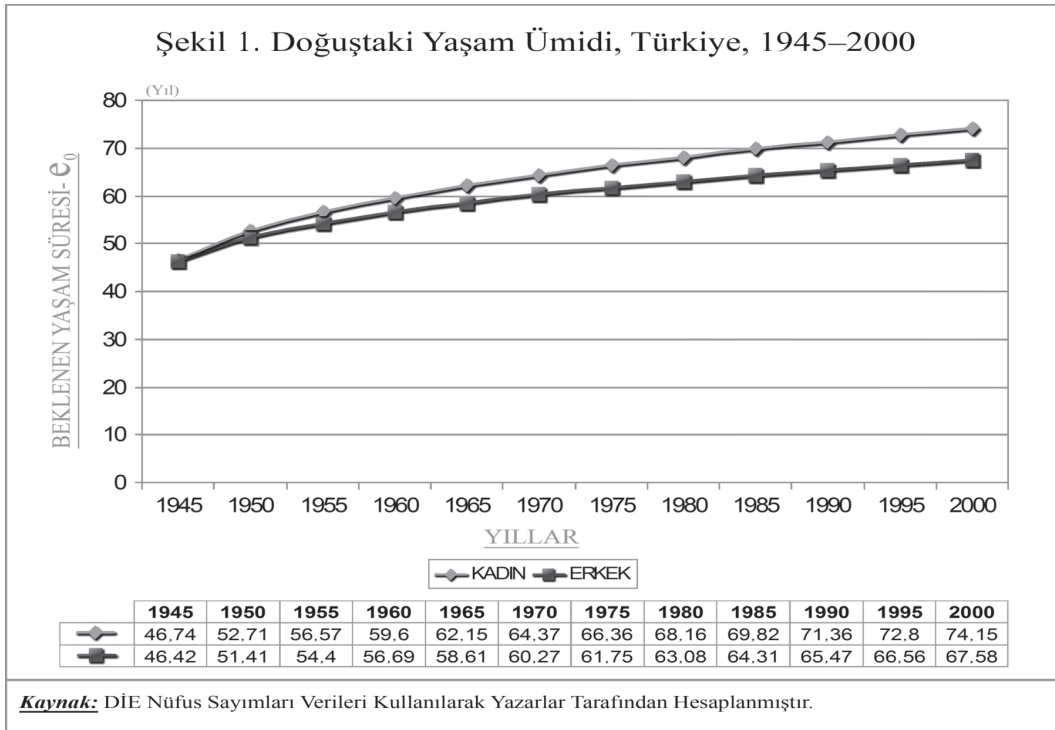
Kaynak: 2000 DİE Nüfus Sayımı , 2000-2050 Hoşgör (2010), Orta Düzey Nüfus Projeksiyonu.

Kadın ya da erkek yaşlının, cinsiyeti nedeni ile karşı karşıya kaldığı biyolojik kökenli sağlık sorunları vardır, ancak, kadın cinsiyetinin daha doğum öncesi dönemden başlayarak karşılaştığı ayrımcılık sonucu hizmete ulaşamamak, hizmet sunumunda gereksinimlerine paralel programların olmaması gibi faktörlerle de sağlık sonuçları farklı olmaktadır. Bu yazı kapsamında Türkiye için ortaya konulmaya çalışılan kadın ve erkeğe biçilen toplumsal cinsiyet rolleri ve bağlantılı uygulamalar nedeni ile sağlıkları ile ilgili yaşadıkları farklı sorunlarda ve çözüm politikalarında toplumsal cinsiyet faktörünün de göz önünde bulundurulmasına dikkat çekmektir. Türkiye’de yaşlılık dönemi, cinsiyetin daha çok nötrleştiği, özellikle kadınların iktidar alanının genişlediği bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlıya saygı noktasından hareketle ve erkeğin önceki statülerini kaybedip emekli olmasıyla bağlantılı olarak bu alanın göreceli olarak kadınlar lehine bir ayrıcalık yarattığını belirten yayınlar da vardır ancak bu yazılarda özellikle de Türkiye açısından ciddi bir konu olan “ataerkil kültürel anlayışın” dışına çıkıldığı anlamına da gelmediği vurgulanmaktadır. Diğer taraftan tam aksi bir durum da söz konusu olabilmekte ve **kadınların yaşlılık dönemine dek taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri ve yaşadıkları ayrımcı uygulamalara yaşlılık döneminde bir de yaşlılığa bağlı “ageism” ayrımcılığın eklenmesi ile çifte ayrımcılık yaşadıkları kabul edilmektedir (5).**

Türkiye’de sayılarla cinsiyete göre yaşlı grubun durumu

Her şeyden önce belirtilmesi gerekir ki, Atatürk’ün önderliğinde kurulmuş olan “Devlet İstatistik Enstitüsü” değiştirilen ismi ile “Türkiye İstatistik Kurumu”, 1927 yılından beri cinsiyete göre istatistik veriler toplayıp yayınlamaktadır. İncelenen konu ile ilgili bu durum olumlu bir yön olmakla birlikte, toplumsal cinsiyet faktörünün gerçek etkisini gösteren, toplumsal cinsiyete duyarlı göstergelerin hesaplanmasına uygun, duyarlı veriler toplanmadığından mevcut verilere bu bağlamda yorum getirilmekten çok “cinsiyete özel istatistik bilgi olarak kullanılmaktadır. Oysa her yaş grubunda da olması gerektiği gibi ileri yaş grubu için de toplanan verilerde hem kadınlar hem de erkekler için gerekli yorumlar yapılarak “gender” ayrımcılığından kaynaklanan konular ortaya konularak çözümler üretilmelidir.

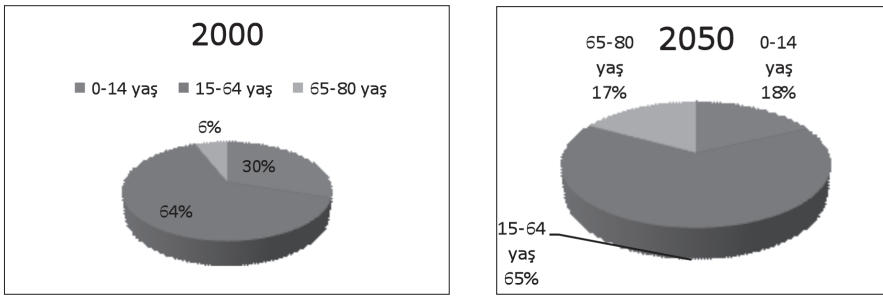
Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi



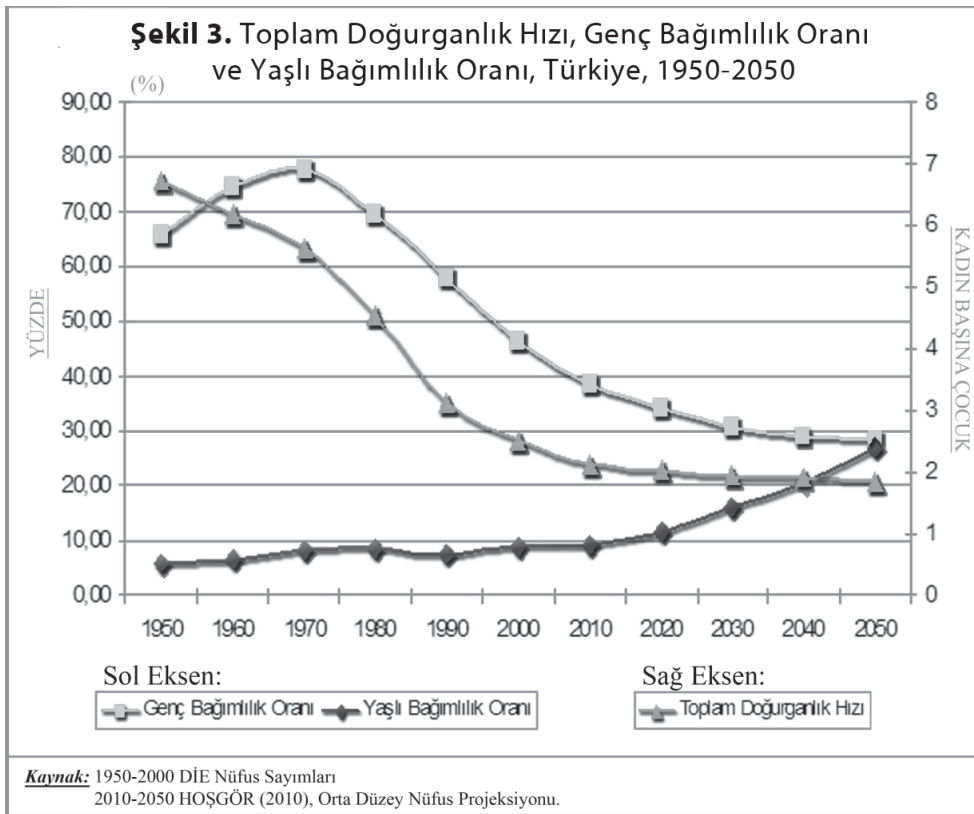
Türkiye’de, 1945 yılından 2000 yılına kadar olan değerlendirmede, her iki cinsiyet için de beklenen yaşam süresi artmıştır ancak kadınların beklenen yaşam umudu genel olarak erkeklerden giderek artan şekilde ortalama 5 yıl daha uzun olmuştur. Türkiye’nin 2050 yılına dek yapılan demografik projeksiyonları bu trendin aynı şekilde devam edeceğini göstermektedir. Örneğin 2050 yılında doğumda beklenen yaşam umudu kadınlar için 79.95 (yıl), erkekler için ise 74.84 (yıl) olacağı hesaplanmıştır 2000- 2050 yılları arasında kadın ve erkek nüfusun toplam nüfus içindeki payı benzer şekilde artmaktadır. Bu durum Tablo 2’de ve Şekil 1 ve 2’de kolayca izlenebilmektedir (3).

Tablo 2. Türkiye nüfusunda 2000 ve 2050 yılları için yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları (%)

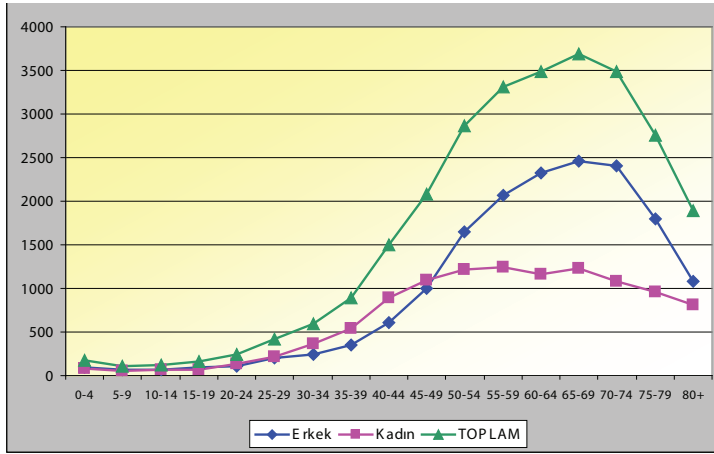
Yaş Grubu	Toplam nüfus içindeki payı (%)	
	2000 yılı	2050 yılı
0-14	30	18
15-64	64	65
65-80	6	17

Şekil 2. Türkiye nüfusunda yaş gruplarının toplam nüfus içindeki payları (2000 ve 2050 yılı)

Yukarıda belirtilen verilerde en dikkat çeken Türkiye’de yıllara göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının giderek artmasıdır, esasen bu durum ülkenin gelişmişliği, sağlık düzeyi yönünden olumlu olarak görülse de genç bağımlılık oranı azalırken, yaşlı bağımlılık oranının artması çok yönlü toplumsal sorunlara işaret eder. Eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin bu duruma uyum sağlaması gerekmektedir.



Şekil 4’te de görüleceği üzere kanser olguları daha fazla olmak üzere yaşlı gruplarda görülmektedir. En sık görülen ilk üç kanser türü erkeklerde sırasıyla; solunum sistemi kanserleri, prostat ve mesane kanseri iken kadınlarda meme, tiroid ve kolorektal kanserlerdir (6).

Şekil 4. Türkiye’de Yaşa Göre Kanser Olgu Sayıları 2007

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2012

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen kanser istatistiklerine göre, her iki cinsiyet için de yıllara göre artan bir eğim (trend) söz konusudur.

Türkiye’nin ulusal düzeyde, erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları incelendiğinde, kanserlere bağlı meydana gelmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise kanserlere bağlı beklenen ölüm sayısı 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir (7,8). Türkiye’de ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205,457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73’ü) almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler erkeklerde 102,386 (%43,89), kadınlarda 103,071’dir (%52,27).

Türkiye’de Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle meydana gelen ölüm sayısı toplam 102.386’dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700’e, 2020 yılında 175.663’e, 2030 yılında ise 235.567’ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır.

2000 yılında Türkiye’de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak meydana gelen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530’a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1.8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (9).

Hipertansiyon (HT)

Türkiye’de yapılmış olan çeşitli araştırma sonuçlarına göre Hipertansiyon Sıklığı yaşla birlikte artmakta özellikle post menopozal dönemde kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha yüksektir. Türkiye’de halen 3 erişkinden birisinde hipertansiyon vardır. Ancak hipertansif olanların % 40,7’si durumun farkında değildir (7,10).

Tablo 3. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı

Çalışma Adı	Hipertansiyon Sıklığı (%)		
	Toplam	Kadın	Erkek
Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması	31.8	36.1	27.5
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (/1000)	37.8	38.5	39.0
TEKHARF 2003/2004	–	49.1	36.3
UHY-ME Çalışması	13.67	18.25	7.57

Benzer şekilde Türkiye’de yapılan araştırmalar, ileri yaş grubunda diyabet ve obezite görülme sıklığının da kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Diyabet kaynaklı ölümler erkeklerde 2010 yılı için 3982, 2020 yılı için 4366, 2030 yılı için ise 4868 olarak tahmin edilmiştir. Kadınlar için, diyabet kaynaklı ölümler 2010 yılı için 6174, 2020 yılı için 6902, 2030 yılı için ise 8175 olarak tahmin edilmiştir (8). Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmaların hepsinde kadınlarda vücut kitle indeksinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Nitekim, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması’nda beden kitle indeksi kadınlarda ($n=2847$) ortalama 27.70 kg/m^2 iken, erkeklerde ($n=1988$) 25.51 kg/m^2 bulunmuştur. Benzer şekilde kadınlarda obezite (beden kitle indeksi $>30 \text{ kg/m}^2$) sıklığı % 31.5, erkeklerde ise % 15.3’tür (11).

Diğer taraftan sadece yaşlanan kadınların post menopozal dönemde yaşadığı ya da kadınların daha yoğun yaşadığı osteoporoz, kardiyovasküler, vb. gibi sağlık sorunları vardır. Ülkemizde menopoz yaşının ortalama 50 yaş olduğu kabul edilmektedir. 2008 TNSA sonuçlarına göre, 48-49 yaş grubundaki kadınların %42’si menopozdadır. Kadınlar yaşamlarının yaklaşık üçte birinden fazlasını postmenopozal dönemde geçirmektedirler (12). Yine yaşlı sağlığında hatırlanması gereken yaşamının büyük bir bölümünde toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalan kadın, yaşlı döneminde yaklaşık 5 yıl kendisinden daha yaşlı ve genellikle kronik hastalığı olan eşine bakmakta, onun kaybindan sonra ise yine yaklaşık 5 yıl yalnız, genellikle de yoksul olarak kendisinin sağlık sorunları ile yaşamını sürdürmektedir.

Son olarak; Dünya Ekonomik Forumun 2010 yılı raporuna göre; kadın-erkek arasındaki genel fark endeksinde Türkiye, en iyinin 1. sırada olduğu 134 ülke sıralamasında 126. sırada yer almaktadır. Türkiye’den sonra sırada, Fas, Benin, Suudi Arabistan, Fildişi Sahili, Mali, Pakistan, Chad ve Yemen bulunmaktadır. Diğer alanlardaki sıralama ise; Türkiye, toplam 134 ülke arasında eğitimde 109., siyasal katılımı 99., sağlıkta 61., ekonomik katılımı 131. sırada bulunmaktadır (13). Bu göstergeler Türkiye’deki kadın erkek arasındaki “uçurumun” ne kadar derin olduğuna işaret etmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye’de gelecek 20-30 yıl içinde toplum ve sağlık sisteminin karşılaşacağı en önemli sorun, yaşlanan nüfus ve bunun getireceği sonuçlar olacaktır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlılar ihmal edilen gruplardır ancak menopoz sonrası dönem ve yaşlılık dönemindeki **kadınlar en ihmal edilen grupların başında gelmektedir.** Uzun yıllar boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık politikalarında ve programlarında kadınlar ve erkekler arasındaki farklara gereken dikkat verilmemiştir. Yoksulluk, sağlık güvencesinin olmayışı, temel sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşamama, nitelikli hizmetlerden yararlanamama, yaşlanan kadınların aktif çalışma hayatından uzak tutulmaları ve dolayısıyla var olan sosyal statülerini koruyamamaları, giderek yalnızlaşmaya itilmeleri gibi nedenlerle yaşlanan kadınlar sosyal yaşamdan uzak kalmakta yaşam kaliteleri daha da olumsuzlaşmaktadır. Bütün bunlara yaş ayrımcılığı da eklenince kadınlar hem cinsiyetçiliğe hem de yaşlılığa bağlı iki kat daha fazla ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Sonuçta kadınlar aleyhine daha da eşitsiz olan bu durum Türkiye’de yapılacak araştırma ve değerlendirmelerde, geliştirilecek olan sağlık ve sosyal destek programlarında mutlaka dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akın A ve ark. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroglu Matbaası, Ankara, 2008.
2. Akalın E. 2010. Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları. <http://saglikekonomisi.blogspot.com/2010/02/yaslanan-nufus-ve-saglik-sorunlar.html>. 12.2.2012.
3. Hoşgör Ş, Tansel A. TÜSİAD ve UNFPA. 2010. 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar. İstanbul: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği – Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2010, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505.
4. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları, Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları; Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi GEBAM yayını içinde www.gebam.hacettepe.edu.tr. 12.2.2012.
5. Kalaycıoğlu S ve ark. Yaşlılar ve yaşlı yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları Ankara, 2003.
6. Sağlık Bakanlığı-Kanser İstatistikleri. SB-Kanser Dairesi Başkanlığı Ankara, 2012.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2007. Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 710.
8. Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004. Editörler: Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S.,Yardım, N., RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü yayını, Aydoğdu Ofset Matbaacılık 2007, Ankara.
9. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası 2006. TC. Sağlık Bakanlığı. www.saglik.gov.tr, 1.12.2010.
10. Sağlık Bakanlığı-Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı 2008. www.saglik.gov.tr. 1.12.2010.
11. Sağlık Bakanlığı-Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). www.saglik.gov.tr. 1.12.2010.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, Ankara.
13. World Economic Forum, 2010. The Global Gender Gap Report 2010; Ricardo Hausmann, Harvard University, Laura D. Tyson, University of California, Berkeley, Saadia Zahidi, World Economic Forum Geneva, Switzerland 2010.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Emine BARAN,* Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ**

ÖZ

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Bu duruma yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir.

Aktif yaşlanma; yaşlı insanların yaşam kalitesini artırabilmek için; sağlık, güvenlik ve katılım olanaklarını en uygun hale getirme sürecidir. Diğer ülkelerde örneğin Kanada da 1997'den beri yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik “Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Kültüre Uygun İyi Uygulamalar”, “Yaşlıların Beslenmesini İyileştirilmesi: Farkındalıktan Harekete” gibi ulusal programlar yürütülmektedir. Ülkemizde ise, bu kapsamda “Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” 2007’de oluşturulmuştur. Yaşlıların başlıca sağlık sorunları değerlendirildiğinde yurdumuzda 65 yaş üzerindeki kişilerin yüzde 90’ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu görülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafında bu kapsamda kronik hastalıklara yönelik önleme ve kontrol programı eylem planları, yaşlı sağlığı modülleri ile sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programları oluşturulmuş olup yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik rehber kitaplar yayınlanmıştır. Ayrıca Bakanlığın bünyesinde yaşlılarla birlikte genel olarak halkın sağlığını geliştirmeye yönelik Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı da kurulmuştur. Ülkemizde sivil toplum kuruluşları tarafın yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik kitaplar yayınlanmakta, etkinlikler düzenlenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Haziran 2010’da “Küresel Yaşlı Dostu Kentler Ağı” kurulmuştur. Yaşlıların kapasiteleri ve verebileceklerini gören, yaşa bağlı ihtiyaçlarına ve tercihlerine karşılık veren, kararları ve yaşam tarzlarına saygı gösteren, savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden; politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler “Yaşlı Dostu Kent” olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı dostu kentlerin ilgilendikleri temel alanlar; dış mekânlar ve binalar, ulaşım, konut, sosyal katılım, toplumsal yaşama dâhil edilme ve saygı, vatandaş olarak katılım ve istihdam, bilgi edinme ve iletişim, toplum desteği ve sağlık hizmetleridir. İstanbul Yaşlı Dostu kent projesini içerisindedir. Malatya, Amasya, Çankaya ise bu projeye dahil olmaya çalışmaktadır.

Özetle, yaşlı insanların sağlıklı ve aktif olarak kalmalarını sağlamak; bir lüks değil bir gerekliliktir. Ülkemizde çevresel koşulların yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik düzenlenmesi, yürütülen programların aktif bir şekilde sürdürülmesi, sektörler arası işbirliği ile yeni programların oluşturulması, yaşlı sağlığını etkileyen gelir durumu, sağlık ve sosyal güvencesi gibi diğer faktörlerin de kurumlar arası işbirliği içerisinde iyileştirilmesi yaşlı sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir.

* Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Son yıllarda aile planlaması, çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerle birlikte bulaşıcı hastalıklarıyla yapılan başarılı mücadeleyi içeren etkili sağlık hizmetleri, gelişen tıp teknolojisi, sosyal koşulların düzelmesi gibi gelişmeler sonucunda insan ömrünün uzamasına bağlı olarak tüm dünyada yaşlı nüfusu artmaya başlamıştır (1). Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise iki kattan da fazla artması beklenmektedir (2).

Bu duruma yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında beşinci hedef doğrudan yaşlı sağlığı ile ilgilidir. Bu konuda hedef; 2020 yılına kadar, 65 yaşın üzerindeki insanlar sağlık potansiyellerinin tam yerinde olması fırsatına sahip olması ve aktif sosyal rol oynayabilmesidir. Özellikle de, yaşam beklentisinde ve 65 yaşında yeti yitimi olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması ile otonomi, özsaygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların oranının en az %50 arttırılmasıdır (3).

Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir (4). Sağlığı geliştirme kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil eder, yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir (5).

Bir toplumda sağlık eğitimi başta olmak üzere, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri ile sağlanan destek oluşturma çalışmalarıyla birlikte ele alınan sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme tekniklerini ve ödüllendirmeyi kullanarak "sağlıklı olma durumunu" hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini oluşturmayı hedefler. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde, kaynakları kullanmada yeni düzenlemeleri ve sağlığı koruma uygulamaları ve çevrenin düzenlenmesini de hedeflemektedir (6).

Aktif Yaşlanma

Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır (7). Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır (8). Dünya Sağlık Örgütü, 1990'ların sonlarına doğru bu vizyonu gerçekleştirme sürecini açıklamak için "aktif yaşlanma" kavramını benimsemiştir. Bu kavram yaşlılıkta sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerin de ifadesidir (7-9).

Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerini ideal seviyelere çekmeyi hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (9).

Yaşlılıkta sağlığı geliştirme yaklaşımı; kültürel ve yapısal değişimlerin yanı sıra sektörlerarası işbirliği yaklaşımında değişimleri, topluma, aileye ve bireye yönelik müdahaleleri kapsar. Kültürün sağlığı belirleyen bir etmen olması nedeniyle yaşlıya ve yaşlılığa yönelik tutumlarda değişim önemlidir. Toplumsal ve bireysel yoksulluk ile toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik müdahalelerin yanında, yaşlılıkta yaşanan sorunlarla baş edebilmek için bireylerin kendine güven duyma ve davranışlarını kontrol etme yetilerini artırıcı çalışmalar ve yaşlıların yaşadıkları ortamların çevresel koşullarının düzeltilmesi de önemlidir (7).

İleri yaşlarda sağlık söz konusu olduğunda, yapılan çalışmalar sosyal bağlılığın bilişsel işlevleri devam ettirmeye doğrudan etkisinin olduğunu, hastalıklardan korunmadaki koruyucu etkisine ek olarak, kronik hastalıklardaki stres ile başa çıkmada yardımcı olduğunu göstermiştir (10). Yaşlıları ayrımcılıktan koruyan ve toplumda aktif bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayan sosyal değerler ile dayanışma ağlarının korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, sağlıklı bir toplum oluşturmaya yönelik politikalar geliştirilmesi ve bu politikaların sağlık etki değerlendirmelerinin yapılması da önemlidir. Sağlık çalışanlarının yaşlılara hizmet vermelerini sağlayacak şekilde eğitilmesi ve yönlendirilmesi ile yaşlıların evlerinde ziyaret edilmesi sağlık hizmetle-

rine ulaşmalarını ve kullanımlarını kolaylaştıracaktır. Yaşlıların toplum içinde yaşamasına olanak sağlayacak bakım hizmetlerinin geliştirilmesi de sağlanmalıdır. Toplumda sağlıklı bir yaşlanmayı gerçekleştirmek için davranış değişikliğine yönelik müdahaleler her yaş kesimine yönelik yapılmalıdır (7).

Bu konuda uluslararası çalışmalar incelendiğinde; Kanada da 1997'den beri yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik "Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Kültüre Uygun İyi Uygulamalar", "Yaşlıların Beslenmesini İyileştirilmesi: *Farkındalıktan Harekete*" gibi ulusal programlar yürütüldüğünü görmekteyiz (11).

Tayland'da 1986-2001 yıllarını kapsayan "Yaşlı Kişiler için Birinci Ulusal Plan"da toplumun yaşlı kişilerin bakımındaki sorumluluklarının farkına varmaları ve toplumun "aktif katılımcıları" olarak rollerini sürdürmelerine teşvik etmeleri konusunda duyarlılıklarını artırmak amaçlanmıştır. Tayland'da 2002 araştırmasında yaşlı insanlar aktif yaşlanma indeksine göre değerlendirilmiş ve politika yapıcılarına yaşlıların aktif yaşlanmasını güçlü bir şekilde geliştirmeleri ve desteklemeleri önerilmiştir. Tayland'ın 2002-2021 yıllarını kapsayan "Yaşlı Kişiler için İkinci Ulusal Plan"ında nitelikli yaşlanmaya hazırlığı içeren iyilik hali ve sosyal güvenlik geliştirilmesi amaçlanmıştır (12).

Avrupa Parlamentosu ve Avrupa Birliği tarafından 2012 yılı "Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı" olarak kabul edilmiştir. Bu yıl kapsamında, aktif yaşlanma konusunda farkındalık artırımı, iyi uygulamaların tespit edilerek paylaşılması, karar vericilerin ve ilgili tarafların aktif yaşlanmaya olanak sağlaması yönünde cesaretlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca yönelik; Avrupa genelinde yaşlı insanların sosyal ve ekonomik yaşamın içinde aktif bir şekilde yer almasının sağlanması yönünde birçok faaliyet düzenlenmekte, politikalar geliştirilmekte ve araştırmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalarda aktif yaşlanma konusunda çeşitli kesimlere yapılan önerilere bakıldığında, ulusal ve yerel yönetimlere, ruhsal sağlık, engellilik ve kronik hastalıkların tedavisi konularına odaklanmak yoluyla koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi; sağlık danışmanlığına, koruyucu hizmetlere, kaliteli sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakım hizmetlerine evrensel ve eşit erişimin sağlanması; yaşlı kişilerin her türlü suistimalinin önlenmesi; bu kişilerin bağımsız yaşamlarını teşvik edecek barınma ve ulaşım olanaklarının yaşlıların erişimlerine uygun ve güvenli hale getirilmesi ve bu kişilere evlerinde yeterli düzeyde bakım ve destek sunacak araçların sağlanması önerilmektedir (9).

Avrupa Birliği tarafından, aktif yaşlanmayı teşvik etmeyi amaçlayan birçok girişim başlatmıştır. Bunlar; Avrupa İstihdam Stratejisi, Avrupa Sosyal Fonu, PROGRESS (sağlıklı, aktif ve saygın yaşlanmayı destekleyici ve sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin ve faydalarının etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına yönelik yenilikçi politikalar), Grundtvig Programı (bilginin sürekli yenilenmesi neticesinde oluşan gereksinimlerin karşılanması, yetişkin kişilere yaşamları boyunca, bilgi ve niteliklerini geliştirmek için olanaklar sunarak istihdam olanaklarını artırılması ve toplumda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamalarının kolaylaştırılması) ve "Avrupa Bilgi toplumunda iyi yaşlanmak Eylem Planı"dır (9,13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "aktif yaşlanma" kavramını geliştirdiği benzer zamanlarda Amerika Birleşik Devletleri'nde "başarılı yaşlanma" görüşü (Rowe ve Kahn 1998), yaşlanmanın kaçınılmaz hastalık ve çöküş ile ilgili olması gibi geleneksel yaşlanma klişelerine bir cevap olarak ortaya çıkmıştır. Rowe ve Kahn başarılı yaşlanmayı, hastalık ve maluliyet olmaması, bilişsel ve fiziksel fonksiyonların devam etmesi ve yaşamla bağlantılı olmak (bağıntılı olmayı da hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantılı olarak kullanmaktadır) olarak tanımlamaktadır. Buradaki ana vurgu başarılı yaşlanmanın, bireylerin hayat tarzı seçimleri ve sağlık tutumlarının üzerinde kontrolleri olduğudur. Rowe ve Kahn'a göre, sağlıklı davranışlar başarılı yaşlanmaya giden yoldur. Kişinin nasıl yaşlanacağı genetik olarak değil, bireylerin yaşam tarzlarıyla belirlenmiştir. Yine de, en azından orta yaşta sağlıklı tutumların, sosyal konum, kültür ve finansal sınırlamalardan etkilendiği bilinmektedir (10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Yaşlı Dostu Kentler" girişimi 2006 yılında başlamıştır (14). Farklı kıtalardan 33 şehrin katılımıyla aktif ve sağlıklı yaşlanmayı destekleyecek temel kentsel bileşenler belirlenmiş ve sonuçta "Küresel Yaşlı Dostlu Kentler Rehberi" oluşturulmuştur (14,15). İstanbul bu projeye katılan şehirlerden biridir (15). Dünya Sağlık Örgütü tarafından Haziran 2010'da "Küresel Yaşlı Dostu Kentler Ağı" kurulmuştur (14). Yaşlıların kapasiteleri ve verebileceklerini gören, yaşa bağlı ihtiyaçlarına ve tercihlerine karşılık veren, kararları ve yaşam tarzlarına saygı gösteren, savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden; politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler "**Yaşlı Dostu Kent**" olarak tanımlanmaktadır

(16). Aktif yaşlanma yaşam boyu süren bir süreç olduğundan yaşlı dostu kentler bu sürecin her aşamasına katkı sağlamaktadır. Yaşlı dostu kentlerin ilgilendikleri temel alanlar; dış mekânlar ve binalar, ulaşım, konut, sosyal katılım, toplumsal yaşamaya dâhil edilme ve saygı, vatandaş olarak katılım ve istihdam, bilgi edinme ve iletişim, toplum desteği ve sağlık hizmetleridir (15). Kalkınma Bakanlığı'nın genel koordinasyonunda Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı tarafından yürütülen 2011 Yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı çerçevesinde "Yaşlı Dostu Kenti Amasya" projesi yapılmış ve raporu da yayınlanmıştır (17).

Türkiye İstatistik Kurumu 2010 yılı verilerine göre; ülkemizde ortalama yaş 29.2 ve yaşlı bağımlılık oranı %10.8'dir. Bu genç ve dinamik bir nüfusa karşın, mevcut yaşlı nüfusun ekonomik, kültürel ve sosyal alanlarda aktif katılımlarının yeterli olmadığı görülmektedir (9,18). Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye'de de önem kazanması beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre 2000-2050 arasında yaş gruplarının toplam nüfus içerisinde yüzdesel değişimi incelendiğinde, yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına nazaran belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir (19).

Ülkemizde aktif yaşlanma konusunda yapılabilecekler değerlendirildiğinde, öncelikle hedef grubun bir değerlendirmesinin yapılması gerekliliği açıktır. Hedef kitleye yönelik bir politika geliştirmeden önce, gruba ilişkin yeterli veri toplanması önem arz etmektedir. Bu noktada hedef gurubumuzun büyüklüğü ve dağılımı düşünüldüğünde, geniş saha araştırmaları yoluyla farklı coğrafi, ekonomik, sosyal çevrelerde yaşayan yaşlıların ihtiyaç, istek ve neler yapabildiklerinin tespit edilmesi ve bu tespitler doğrultusunda politikaların oluşturulması hareket noktası olmalıdır. Nüfusun yaşlanması konusunda uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel çalışmalar bir arada belli bir koordinasyon içerisinde yürütülmelidir. Yaşlılık alanında geliştirilen politikalar yalnızca maddi yardım çerçevesinde sınırlandırılmayıp, toplum genelinde konunun bütün boyutlarıyla değerlendirilmesine olanak sağlayacak bir farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir (9).

Aktif yaşlanma kavramındaki "aktif" kelimesinin sadece iş gücü piyasası için kullanılmadığını yeniden hatırlatmak gerekirse, ülkemizdeki yaşlıların ihtiyaçları, tercihleri ve yapabilirlikleri doğrultusunda gerek çalışma hayatı, gerekse gönüllü aktiviteler yoluyla toplumsal hayata etkin olarak katılımlarının sağlanması hedeflenmelidir. Yaşlılarımızın çalışma hayatına ve gönüllü aktivitelerle katılmasını özendirici ve üretkenliklerini artırıcı bir yapının düzenlenmesi bu hedefe ulaşılması için son derece önemlidir (9).

Bu kapsamda DPT Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğü ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun işbirliği ile Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversite ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan "Ulusal Komite" 2007'de "Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" oluşturulmuştur. Planın içeriğinde yaşlıların başlıca sağlık sorunları değerlendirildiğinde yurdumuzda 65 yaş üzerindeki kişilerin yüzde 90'ının genellikle kronik bir hastalığının olduğu görülmektedir. Planda ülkemizdeki yaşlı nüfusun durumuna ve yaşlılara götürülen hizmetler değerlendirildikten sonra, yaşlıların topluma ve kalkınma sürecine aktif katılımının sağlanması, kuşaklar arası dayanışmanın güçlendirilmesi, bilgiye erişimlerinin sağlanması, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve refahın artırılması, sosyoekonomik olarak dezavantajlı olanların güçlendirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimlerinin sağlanması, yaşlıların gereksinimleri konusunda sağlık çalışanlarının ve bakım hizmeti veren diğer bireylerin bilgilendirilmesi ve eğitim olanaklarının sağlanması, sağlık politikasının uygulama ve geliştirilmesinde yaşlıların aktif katılımının sağlanması, olanaklar sunan, destekleyici ortamların sağlanması gibi belli başlı konulardaki mevcut durum ve gerçekleştirilecek eylemlere değinilmiştir (19).

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi faaliyetlerine 2009-2013 yıllarını içeren İkinci Beş Yıllık Eylem Planı'nda koruyucu ve temel sağlık hizmetleri içerisinde "halkın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek" stratejik amaç olarak belirlenmiş ve "daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak" hedefine geniş yer verilmiştir. Bu amaçla; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 2008 yılında "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" ve "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" kurulmuş ve

faaliyetlerine başlamıştır (20). Kasım 2011’de ise Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ile bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek amacıyla “Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü” kurulmuştur (21). Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planını içeren “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2008”, “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2009 - 2013)”, “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014)” Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)” oluşturulmuştur (20,22-25). Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıca kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele çalışmalarını desteklemek üzere “Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010”, halkın sağlık bilincinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimlerini yürütecek eğitimciler için eğitim modüllerini içeren “Yaşlı Sağlığı Modülleri”, “Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programları” oluşturulmuş, yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik beslenme, tütünle mücadele, fiziksel aktivite, hastalıklarda beslenme ve obezite bilgi serileri başta olmak üzere rehber kitaplar yayınlanmıştır (26). Ayrıca ülkemizde sivil toplum kuruluşları tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik kitaplar yayınlanmakta, bu kuruluşlar yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmakta sempozyum, kongre ve toplantılar düzenlemektedirler (27,28).

Bu gelişmeler çok önemli olmakla birlikte, yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi konusunda Türkiye henüz yolun başındadır ve yapılması gereken çok iş vardır.

Sonuç olarak, yaşlı insanların sağlıklı ve aktif olarak kalmalarını sağlamak bir lüks değil bir gerekliliktir. Ülkemizde yaşlıların sağlığını geliştirmek için öncelikte durum tespiti yapılmalı, program ve politikalar bu tespite göre şekillendirilmelidir. Ayrıca çevresel koşulların yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik düzenlenmesi, sosyal desteğin geliştirilmesi, yürütülen programların aktif bir şekilde sürdürülmesi, sektörler arası işbirliği ile yeni programların oluşturulması gerekmektedir. Yaşlı sağlığını etkileyen gelir durumu, sağlık, sosyal güvence ve güvenlik gibi diğer etmenlerin de kurumlar arası işbirliği içerisinde iyileştirilmesine yönelik politikalar oluşturulması yaşlı sağlığının geliştirilmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Üner S. Yaşlı Dostu Sağlık Hizmetleri. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar içinde. Ed. Aslan D. Ankara, 2009. s. 271-4.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs-Economic and Social Council. Ageing Social Policy and Development Division. Data on Older Persons <http://social.un.org/index/Ageing/DataonOlderPersons.aspx>. 12.01.2012.
3. World Health Organisation. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6) Copenhagen, 1999. p: 33-37
4. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva,1986 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> 20.07.2011.
5. World Health Organisation. Health Promotion Glossary. Geneva,1998 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf 22.07.2011.
6. Bahar-Özvarış Ş. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar içinde. Ed. Aslan D. Ankara, 2009. s. 10-4.
7. Bilir N, Paksoy N. Yaşlılık ve Sağlığın Geliştirilmesi. Temel Geriatri içinde. Ed. Gökçe-Kutsal Y, Aslan D. Ankara, 2007. s. 87-94
8. World Health Organisation. Active Aging A Policy Framework 2002 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
9. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu. Ankara, 2011. http://www.abgs.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf. 20.01.2012.

10. McMunn A, Breeze E, Goodman A, Nazroo J, Oldfield Z. İleri Yaşlarda Sağlığın Sosyal Belirliyecileri. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri içinde. Ed. Marmot M, Wilkinson R. Çev. Ed. Kayı İ, Yasin Y. s. 305-38
11. The Division of Aging and Seniors of Health Canada. Population Health Fund Later Life Component Summaries of National Projects Funded 1997-2004 <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/phf-fsp/phf-fsp-eng.pdf>. 20.07.2011.
12. Thanakwang K, Soonthornhada K. Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey Asia-Pacific Population Journal, December 2006 113-139. <http://www.unescap.org/ESID/psis/population/journal/Articles/2006/V21N3A5.pdf>. 22.01.2012.
13. Türkiye Cumhuriyeti Avrupa Birliği Bakanlığı. Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı.Grundtvig Programı. <http://www.ua.gov.tr/index.cfm?action=detay&yayinid=33250E6A1AFB0B5DD0C4F32A25682A81A8169&CFID=229533&CFTOKEN=34987061>. 20.01.2012.
14. World Health Organisation. WHO launches Global Network of Age-friendly Cities News release, 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/age_friendly_cities_20100628/en/index.html. 20.07.2011.
15. World Health Organisation. Global age-friendly cities : a guide. Geneva, 2007. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf. 21.07.2011.
16. Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors, Canada. Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrrc_en.pdf. 20.07.2011.
17. Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı. Yaşlı Dostu Kent Amasya. 2011. <http://www.oka.org.tr/ContentDownload/YaslikentDostuAmasya.pdf>. 22.07.2011.
18. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Türkiye, 2011. Ankara, 2011 www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=5. 20.01.2012.
19. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007 Yayın No: DPT: 2741 www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf. 20.07.2011.
20. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara, 2008.
21. Resmî Gazete 2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>. 24.12.2011.
22. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Ankara, 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. 24.07.2011.
23. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009 - 2013). Ankara, 2009. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73897/h/turkiye-khh-astim-koah-onleme-ve-kontrol-programi-2009-.pdf>. 24.07.2011.
24. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara, 2011. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71375/h/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> 20.12.2011.
25. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). Ankara, 2011. http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/home/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami_2010_2014.pdf. 20.12.2011.
26. Sağlık Bakanlığı idari ve Mali İşler Daire Başkanlığı e Kütüphanesi. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> (erişim: 20.07.2011)
27. Türk Geriatri Derneği. <http://www.geriatri.org/>. 10.07.2011.
28. Türk Geriatri Vakfı. <http://www.turkgeriatrivakfi.org.tr/>. 10.07.2011.

SAĞLIKLI YAŞLANMA İÇİN ÇEVRE

Derya ÇAMUR,* Songül ACAR-VAİZOĞLU**

ÖZ

Yaşlılıkla birlikte, çevresel etkileneceğe karşı duyarlılık artmaktadır. Konakçı savunma mekanizmasının zayıflaması, fizyolojik işlevlerde azalma, vücut bileşimindeki değişiklikler bunda rol oynamaktadır. Bunların sonucunda akut ya da kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ruh sağlığı sorunları ve yaralanmalar görülebilmektedir. Akut ya da kronik bir hastalığın olması çevresel kirleticilerin etkisine dayanma gücünü de olumsuz etkilemektedir. Örneğin yaşlılar iklim değişikliği ve küresel ısınmaya bağlı olarak görülen sıcak hava dalgalarından en fazla etkilenen ve ölümlerin en çok görüldüğü gruptur.

Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve sürdürülebilmesi için, tüm yaşam alanlarının tasarımı yaşlıların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu anlamda kent tasarımı yapılırken, dış mekanlar ve yapılar uygun tasarlanmalıdır. Temiz bir çevre sağlanmalıdır. Gürültü önlenmelidir. Rahatsız edici koku olmamalıdır. Yeşil alanlar ve dinlenme alanları olmalıdır. Kaldırımlar yaşlıların rahatlıkla hareket etmesini sağlayacak biçimde yapılmalı, dar, engebeli, bozulmuş, kenarları yüksek olmamalı; düz, alçak, kaymayan özellikte, tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalıdır. Satıcılar, araçlar ve ağaçlar tarafından daraltılması önlenmeli, yayaların kullanımına ayrılmalıdır. Güvenli geçişi sağlayacak biçimde trafik düzenlemesi yapılmalıdır. Güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Sağlığın geliştirilmesinde son derece önemli olan yürüme ve bisiklet yolları yapılmalıdır.

Bina tasarımında asansör, yürüyen merdiven, rampalar yer almalı, kapılar ve geçişler geniş yapılmalıdır. Merdivenler uygun yükseklik ve genişlikte olmalı ve trabzan bulunmalıdır. Yüzeyler kaygan olmamalıdır. Dinlenme alanları düzenlenmelidir. Bilgilendirici ve yol gösterici tabelalar uygun biçimde yerleştirilmelidir. Ulaşılabiliyor yerde ve yeterli sayıda tuvalet yapılmalıdır.

Ulaşım ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır. Toplu taşıma araçları yaşlıların rahatlıkla kullanabilecekleri biçimde tasarlanmalıdır. Araçlardaki basamaklar uygun yükseklikte yapılmalı, tekerlekli sandalye ile araca binmeyi sağlayacak düzenek olmalıdır. Araç içinde oturmalarını sağlayacak yerler ayrılmalıdır. Gerekli yerlerde yaşlılara özel servis araçları konulmalıdır.

Barınma yeri uygun olmalıdır. Elektrik, su, ısınma gibi temel gereksinimler sağlanmalıdır. Evler rahat hareket etmeyi sağlayacak, ev içi kaza riskini en aza indirecek biçimde tasarlanmalıdır. Zemin kaygan olmamalı, takılmaya, tökezlemeye neden olacak yapılar bulunmamalı, gerekli yerlerde tutunma barları olmalıdır. Yaşlı kazalarının yaklaşık yarısının nedeni çevresel etmenlerdir.

Evler, doğal afet bölgelerinden uzakta; alışveriş olanakları, sağlık kuruluşları, parklar vb yerlere ise yakın olmalı ya da buralara kolay ulaşım sağlanmalıdır. Sosyal çevre açısından, yaşlıların bir araya gelebilecekleri, sosyal paylaşım ortamları yaratılmalıdır. Onlara saygı gösterilmeli ve “var oldukları” fark edilir biçimde davranılmalıdır. Vatandaş olarak süreçlere katılımları desteklenmeli, üretkenliği sağlayacak uğraşlar üretilmelidir.

* Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yaşlılara yönelik tüm birincil, ikincil ve üçüncül koruma uygulamalarını sürdürmek üzere sağlık sistemi organize olmalıdır. Bu yapılırken iki temel ilke dikkate alınmalıdır: Yaşlıların bakımı yaşlılara karşı gösterilen bir saygı ve iyilik duygusunun göstergesi değil, toplumsal bir hak olarak ele alınmak zorundadır. Ayrıca, yaşlıların nasıl yaşayacaklarını seçme hakkı bulunmaktadır, bu nedenle onların gereksinim duyacakları bütün hizmetlerin var ve ulaşılabilir kılınması gerekmektedir.

Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür. Ayrıca yaşlılarda başlıca ölüm nedenlerinin belirlenmesi, koruyucu uygulamaların geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu da kayıtların doğru ve güvenilir olması ile yakından ilgilidir. Örneğin ülkemizde sıcak hava dalgalarına bağlı olarak görülen ölümlerle ilgili olarak değerlendirme, kayıt yetersizliği nedeni ile yapılamamakta ve olayın boyutları yeterince bilinemediğinden gerekli önlemlerin alınması, adaptasyon stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması yetersiz kalmaktadır.

Beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı, yaşama biçimi gibi çevresel etmenlerin sağlık üzerine etkilerinin açıklığa kavuşmasıyla, yaşlılık hekimliğinin, çevre hekimliği boyutu gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri gündeme gelmelidir.

Ülkemizde sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak çevresel düzenlemelerin –gerek fiziksel, gerek sosyal çevre- yeterli olmadığı görülmektedir. Çevresel etmenler ile yaşlı sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça azdır.

Yaşlı sağlığı/sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil “*yaşlı çevre sağlığı*” yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır. Bu anlamda yapılacak “*yaşlı çevre sağlığı eylem planı*”, çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakmayı, uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır. Böylelikle sağlıklı yaşlanma için çevresel düzenlemelerdeki eksiklikler ortaya konulabilecek, eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılacaktır.

Yaşlılıkla birlikte, bireylerin çevresel etkilenebilirliğe karşı duyarlılığı artmaktadır. Konakçı savunma mekanizmasının zayıflaması; fizyolojik işlevlerde azalma; vücut bileşimindeki değişiklikler bunda rol oynamaktadır. Bunların sonucunda akut ya da kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ruh sağlığı sorunları ve yaralanmalar görülebilmektedir. Akut ya da kronik bir hastalığın olması çevresel kirleticilere karşı dayanma gücünü de azaltmaktadır (1).

Yaşlanma bireyin çevreye uyum yeteneğinin azalmasıdır (2). Yaşlanan birey çevreye uyumadığına göre, sağlıklı yaşlanma için, fizikojeokimyasal, biyolojik ve sosyo-kültürel çevrenin yaşlının özelleşen gereksinimlerine göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Yaşlılığa vurgu yapmak üzere Birleşmiş Milletler tarafından 1983 yılında, yaşlanma konusunda hükümetler ve toplumların kapasitesini güçlendirmek amacıyla “*Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı*” hazırlanmıştır. Bu eylem planı yaşlanma konusunda oluşturulmuş ilk uluslararası araç olup yaşlanma konusundaki politika ve programlar için bir rehber niteliğindedir. Eylem planında yer alan başlıklardan biri de “*Barınma ve Çevre*” başlığıdır (3,4). Planda, insanların yeterli barınma ve iyi çevre koşullarına sahip olmasının tüm ülkelerde ve tüm yaş grupları için yaşam kalitesini etkileyen önemli bir durum olarak kabul gördüğü ifade edilmiştir. Ayrıca; barınmanın sürekliliğinin yaşlılar için daha da önemli olduğu, mekânların yaşlı aktivitelerinin merkezini oluşturduğu; eve uyum, günlük yaşam için ev içi uygulamalar, evde kullanılan araçların kolay kullanımı sağlayacak biçimde düzenlenmesinin, morbiditeyi azaltacağı gibi, yaşlıların kısıtlılıklarıyla yaşamlarını kolaylaştıracağı vurgulanmıştır (3).

İlerleyen süreçte, Birleşmiş Milletler tarafından 2002 yılında “*Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı*” kabul edilmiştir. Bu eylem planında, barınma ve çevre koşullarının, yaşlıların kısıtlılıklarıyla yalnız yaşamlarını sağlayacak biçimde geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (5,6).

Yaşlılar ve yaşlılığa olan ilgi sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “*Yaşlı Dostu Çevre Programı*” oluşturulmuştur. Yaşlı Dostu Çevre Programı, toplumlarda aktif ve sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunan çevresel ve sosyal faktörleri ele alan uluslararası bir girişimdir. Kentlerin ve toplumların yaşlı dostu haline getirilmesi, nüfusun yaşlanmasına karşı yanıt oluşturabilmek için en etkili politika yaklaşımlarından birisidir (7). Bu yaklaşım “*Yaşlı Dostu Kentler*” kavramının doğmasına neden olmuştur (8).

Yaşlı dostu kent, aktif yaşlanmayı destekleyen kapsayıcı ve erişilebilir kentsel çevreyi ifade etmektedir. Aktif yaşlanma, yaşlanan bireylerin yaşam kalitesini artırmak için, sağlık, katılım ve güvenlik açısından fırsatların etkili kılınma sürecidir (8-10). Aktif yaşlanmanın belirleyicileri arasında fiziksel çevre önemli yer tutmaktadır (8,10).

Sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve sürdürülebilmesi için, tüm yaşam alanlarının tasarımı yaşlıların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu anlamda kent tasarımı yapılırken, açık alanlar ve binalar uygun biçimde tasarlanmalıdır.

Yaşlılarda kaza sık karşılaşılan bir durumdur. Kaza oluşumunda yaşlıların fonksiyonel kayıpları yanı sıra, yaşadıkları konut ortamındaki yetersizlikler ve gerekli ergonomik önlemlerin alınmaması da etkilidir. Normalde erişkinler için tehlike oluşturmayacak birçok koşul yaşlılar için tehlikeli ortam yaratır. Yaşlıların uyarı sinyallerini algılamaları (fren sesi, duman, vb.) ve tepki göstermeleri yavaştır. Yürümde eşgüdüm yetersizliğine bağlı düşmeler sık olur. Düşmenin ve diğer kazaların akut ve kronik etkileri de yaşlılarda daha şiddetlidir (1).

Yaşlılarda en az üzerinde durulan çevresel etmen ergonomik özelliklerdir. Yaşlılarla ilgili ergonomik yetersizlikler günlük yaşamın her anında önemli boyutlarda etkili olmaktadır. Söz konusu yetersizliklerin giderilememesi kazaların artmasına, dejenerasyonun hızlanmasına neden olabilmektedir (1).

Sağlıklı yaşlanma için temiz bir kent çevresi sağlanmalıdır. Çevredeki gürültü ve rahatsız edici kokular önlenmelidir. Bakımlı, güvenli, yeterli oturma yerleri ve tualeti bulunan yeşil alanlar oluşturulmalıdır. Açık alanlarda, parklarda, duraklarda, kamuya açık alanlarda bakımlı, düzenli aralılarla konulmuş oturma yerleri tasarlanmalıdır (8).

Kaldırımlar yaşlıların rahatlıkla hareket etmesini sağlayacak biçimde yapılmalı, dar, engebeli, hasarlanmış ve kenarları yüksek olmamalı; geniş, düz, alçak, kaymayan özellikte, tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalıdır. Kaldırımların satıcılar, araçlar, ağaçlar vb tarafından daraltılması önlenmeli, buralar yalnızca yayaların kullanımına ayrılmalıdır (8,11).

Trafik düzeni yayaların güvenli biçimde geçişini sağlayacak biçimde yapılmalıdır. Düzenli aralıklarla karşıdan karşıya geçiş yerleri olmalı, buralarda görsel ve sesli uyarılar kullanılmalıdır. Sağlığın geliştirilmesinde son derece önemli olan yürüyüş ve bisiklet yolları yapılmalıdır (8).

Yaşlıların ev dışına kaygı duymadan çıkmalarını ve gereksinimlerini karşılamalarını sağlamak üzere, güvenli bir çevre sağlanmalıdır. Bunun için yollar, sokaklar ve açık alanlar iyi aydınlatılmalı, yeterli sayı ve sıklıkta gezip güvenlik ekipleri çalışmalıdır (8).

Hizmetler yaşlıları önceleyerek yapılandırılmalıdır. Resmi ya da özel kurum ve kuruluşlarda (sağlık kuruluşları, belediye, banka vb) yaşlılara öncelik tanınmasını sağlayacak düzenlemeler olmalıdır (8).

Bina tasarımında asansör, yürüyen merdiven ve rampalar yer almalı; kapılar ve geçişler geniş yapılmalıdır. Merdivenler uygun yükseklik ve genişlikte olmalı ve korkuluk bulunmalıdır. Yüzeyler kaygan olmamalıdır. Kamuya açık bina içlerinde dinlenme alanları düzenlenmeli, bilgilendirici ve yol gösterici tabelalar uygun biçimde yerleştirilmelidir. Bina içlerinde ulaşılabilir yerde ve yeterli sayıda tuvalet bulunmalıdır (8). Konutlarda yangınlara karşı koruyucu önlemler alınmalıdır (11). Bina içi aydınlatma yeterli olmalı, düğmesiz, sensörlü aydınlatma tercih edilmelidir.

Ev dışı tüm ortamlarda kolay ulaşılabilir yerlerde, temiz, bakımlı ve yeterli sayıda tuvalet yapılmalıdır (8).

Ulaşım ile ilgili düzenlemeler son derece önemlidir. Yaşlıların hem gereksinimlerini karşılamasını, hem de toplumsal yaşama katılımını destekleyen en önemli unsurlardan birisidir.

Kent içi ve dışını kapsayan iyi bir ulaşım ağı olmalıdır. Toplu taşıma araçları tüm yaşlılar için ulaşılabilir olmalıdır. Toplu taşımadan nasıl yararlanılabileceği, araç zamanları ve güzergâhlar konusunda yaşlılar bilgilendirilmelidir. Toplu taşıma gece ve hafta sonunu da kapsayacak biçimde sürekli ve düzenli; aynı zamanda uygun fiyatlı olmalıdır. Toplu taşıma güzergâhları yaşlıların hastaneler, sağlık merkezleri, parklar, alışveriş merkezleri, bankalar gibi noktalara ulaşmasını sağlamalıdır. Farklı ulaşım seçenekleri arasında geçiş sağlanmalıdır: Şehirlerarası otobüsten ya da trenden şehir içi otobüse geçiş gibi. Toplu taşıma araçları yaşlıların rahatlıkla kullanabilecekleri biçimde tasarlanmalıdır. Araçlardaki basamaklar uygun yükseklikte yapılmalı, tekerlekli sandalye ile araca binmeyi sağlayacak düzenek olmalıdır. Araç içinde yaşlıların oturması için yerler ayrılmalı, bununla ilgili görsel ve

sesli uyarılar yapılmalıdır. Koltukların yükseklik ve genişliği uygun olmalıdır. Araç numaraları ve güzergâh, araç üzerinde kolay görünür biçimde yer almalıdır. Gerekli yerlerde yaşlılara özel servis araçları konulmalıdır. Sürücüler nazik olmalı, trafik kurallarına uymalı, yaşlıların binış ve inişlerinde uygun hızda hareket etmeye özen göstermelidir. Araçlar güvenli olmalı, aşırı kalabalık olmamalıdır. Duraklar yakın konumlandırılmalı, duraklarda oturacak yerler bulunmalıdır. İstasyonlarda asansör, uyarı levhaları, tuvalet yer almalıdır. Gelir düzeyi düşük yaşlılar için taksilerde indirimli ücret uygulanması da ulaşım olanaklarının artırılması için önerilen bir yöntemdir. Özel aracını kullanan yaşlılar için park yerleri ayrılmalıdır (8,11).

Tüm yaşlılara güvenle barınabilecekleri bir yer sağlanmalıdır. Barınma yerinin ve elektrik, su, ısınma gibi temel gereksinimlerin finansmanı yaşlı için sorun olmaktan çıkarılmalıdır (8).

Yaşlı uyumlu konut projeleri hayata geçirilmelidir. Evler rahat hareket etmeyi sağlayacak, ev içi kaza riskini en aza indirecek biçimde tasarlanmalıdır. Yaşlıların karşılaştıkları kazaların yarıya yakını çevresel etkenlere bağlıdır. Konutlarda özellikle banyolarda zemin kaygan olmamalı; zeminde takılmaya, tökezlemeye neden olacak yapılar bulunmamalıdır. Elektrik düğmeleri uygun yüksekliğe konulmalıdır. Konutlarda yaşlılar için özel düzenlemelere gereksinim vardır: Rampa, trabzan, tekerlekli sandalye geçişine izin verecek genişlikte kapılar, alçak dolaplar ve tezgahlar, banyo ve tuvalette tutunma barları ve tekerlekli sandalyeye uyumlu düzenekler gibi (8,11,12).

Konutlar, doğal afet bölgelerinden uzakta; alışveriş olanakları, sağlık kuruluşları, parklar vb yerlere yakın olmalı ya da buralara kolay ulaşım sağlanmalıdır (8).

Yaşlıların sosyal yönden desteklenmesi son derece önemlidir. Bu, yaşamı kolaylaştıracak gibi, kendini bir yere ait hissetmeyi, toplumda var olduğunu, sevildiğini, sayıldığını hissetmeyi, diğer bireylerle paylaşımda bulunmayı sağlayacaktır. Bu nedenle yaşlıların bir araya gelebilecekleri, kendilerini üretken hissedebilecekleri uğraşların da bulunduğu sosyal paylaşım ortamları yaratılmalıdır. Yapılan aktivitelerin ulaşılabilir olması ve yaşlıların bunlardan haberdar olması sağlanmalıdır. Bu konuda yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık sistemi yaşlılara yönelik tüm birincil, ikincil ve üçüncül koruma uygulamalarını sürdürmek üzere organize olmalıdır. Bu yapılırken iki temel ilke dikkate alınmalıdır. İlki, yaşlıların bakımı, yaşlılara karşı gösterilen bir saygı ve iyilik duygusunun göstergesi değil, toplumsal bir hak olarak ele alınmalıdır. Diğeri de, yaşlıların nasıl yaşayacaklarını seçme hakkı bulunmaktadır. Bu nedenle onların gereksinim duyacakları bütün hizmetlerin var ve ulaşılabilir kılınması gerekmektedir.

Beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı, yaşama biçimi gibi çevresel etmenlerin sağlık üzerine etkilerinin açıklığa kavuşmasıyla, yaşlılık hekimliğinin “*çevre hekimliği*” boyutu gün geçtikçe önem kazanmaktadır (1).

Yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanması yani “*evde bakım hizmeti*” kavramı uygulamaya geçirilmelidir.

Ülkemizdeki Durum

Ülkemizde bakıma muhtaç yaşlılara ilişkin bazı mevzuat düzenlemeleri bulunmakla birlikte, çalışmaları yalnızca bakıma muhtaç olanlarla sınırlamak son derece eksik bir yaklaşımdır. Bakıma muhtaç yaşlılar için özel düzenlemeler olmalıdır ancak, tüm yaşlılar için yaşam alanlarının düzenlenmesi bir zorunluluktur.

İstanbul, İzmir, Amasya, Kastamonu, Bursa, Malatya, Ankara-Çankaya gibi yaşlı dostu kent yaklaşımını gündemine alan yerel yönetimler olmakla, birlikte bunların sayısı son derece azdır.

Ülkemizdeki kültürel yapı nedeniyle, yaşlıların yakınlarının yanında barınması yaygın olmakla birlikte, aile tipinin giderek çekirdek aile tipine kayması, gelecekte bu konuda sorunun boyutlarının artacağını düşündürmektedir. Yakınların yanında zorunluluk sonucu kalan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi de tartışılabilir.

Barınma konusunda, barınacak yeri olmayanlar dışında diğer bir sorun da barınacak konutu olup bunun tamirat, elektrik, su, ısınma gibi giderlerini karşılayamayan yaşlılardır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı “Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak” ile yükümlüdür (13).

Yaşlıların barınması için kamuya ya da özel sektöre ait huzurevleri bulunmaktadır, ancak bunların sayıları yetersizdir. Bu kurumların sayısının ve niteliğinin artırılması yanında toplumda bu kurumların kabulünü artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlıların zorunluluk nedeniyle çok da istenmediği ortamlarda bakılması yerine, kendi akranlarıyla ve sosyal yaşam olanaklarının bulunduğu merkezlerde yaşaması daha uygun olabilir.

Ülkemizde var olan huzurevi sayı ve kapasiteleri Tablo 1’de görülmektedir (13). Ülke nüfusu göz önüne alındığında sayı ve kapasitesinin yetersiz olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bu sayıyı yorumlarken, huzurevlerinin “bakıma muhtaç yaşlılar” gözetilerek yapıldığını da anımsamak gerekmektedir.

Tablo 1. Huzurevi sayı ve kapasiteleri (Aralık, 2011)

Huzurevi	Sayı	Kapasite
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına ait	102	9783
Diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait	26	4455
Özel	161	13736
Toplam	289	27974

Belediye Kanunu, Büyükşehir Belediyesi Kanunu ve İl Özel İdaresi Kanunu’nda belediye hizmetlerinin yaşlıların ulaşabileceği yerlerde sunulması ve yaşlılara yönelik hizmetler planlanması yönünde genel hükümler bulunmaktadır (14).

Yaşlıların toplu taşıma araçlarından ücretsiz yararlanması bazı yerel yönetimler tarafından uygulanmaktadır. Yine bazı yerel yönetimler tarafından yaşlıların evleri için temizlik hizmeti verilmektedir. Ancak bu uygulamalar yetersiz düzeyde kalmaktadır. Toplu taşıma araçlarında yaşlılar için ayrılmış oturma yerleri ve bu konuda gör-sel uyarılar bulunmaktadır. Ama bunların bulunması yeterli değildir, toplumun konu hakkındaki farkındalığı ve duyarlılığı önemlidir.

Ülkemizde 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “*Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*” hazırlanmıştır (15). Eylem planında belirlenmiş olan hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı, üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Toplumsal yaşamda bu alandaki çalışmalarda artan bir ivme görülmeyişi eylem planının kağıt üzerinde kaldığını düşündürmektedir.

Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür. Ayrıca yaşlılarda başlıca ölüm nedenlerinin belirlenmesi, koruyucu uygulamaların geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu da kayıtların doğru ve güvenilir olması ile yakından ilgilidir. Örneğin ülkemizde sıcak hava dalgalarına bağlı olarak görülen ölümlerle ilgili olarak değerlendirme, kayıt yetersizliği nedeni ile yapılamamakta ve olayın boyutları yeterince bilinemediğinden gerekli önlemlerin alınması, adaptasyon stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması yetersiz kalmaktadır.

Ülkemizde sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak çevresel düzenlemelerin - gerek fiziksel, gerek sosyal çevre-yeterli olmadığı görülmektedir. Çevresel etmenler ile yaşlı sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça azdır. Benzer biçimde yaşlılık ve ergonomi konusunda yapılmış çalışma sayısı da çok yetersizdir.

Evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılması değerli bir çalışma yöntemi olabilir. Bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir. Denetim listeleri kullanılarak evlerdeki riskler belirlenip gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir. Denetim listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir (16-18).

Yaşlı sağlığı/sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil “*yaşlılar için çevre sağlığı*” yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak “*Yaşlılar İçin Çevre Sağlığı Eylem Planı*”, çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakmayı, uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır. Böylelikle sağlıklı yaş-

lanma için çevresel düzenlemelerdeki eksiklikler ortaya konulabilecek, eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Çobanoğlu Z, Yaşlı ve Çevre, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.
2. Tarcher, Alyce Bezman, Principles and Practice of Environmental Medicine, Penum Medical Book Company, New York and London, 1991.
3. Vienna International Plan Of Action On Aging, United Nations, 1983.
4. Vienna International Plan of Action on Ageing, <http://social.un.org/index/Ageing/Resources/ViennaInternationalPlanofAction.aspx>
5. International Day of Older Persons, <http://www.un.org/en/events/olderpersonsday/>. 12.8.2011.
6. Report of the Second World Assembly on Ageing, United Nations, Madrid, 2002.
7. WHO Age-friendly Environments Programme, http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html. 12.8.2011.
8. Global Age-friendly Cities: A Guide, World Health Organization, 2007.
9. What makes a city age-friendly?, London's contribution to the World Health Organization's Age-friendly Cities Project, 2007, <http://www.kcl.ac.uk/sspp/kpi/geront/research/agefriendlycities.pdf>. 12.8.2011.
10. Active Ageing A Policy Framework, World Health Organization Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster Non-communicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course, 2002.
11. Topbaş M, Güler Ç, Yaşlı ve Ergonomi, Ed: Güler Ç. Sağlık Boyutuyla Ergonomi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004, pp 475-82.
12. Last JM. Housing and Health, Eds: Wallace RB: Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine. Fifteenth Edition. New York. Apleton and Large, p. 919-923.
13. Yaşlı Hizmetleri, <http://www.ozida.gov.tr/?menu=yasli&sayfa=yasli>. 12.8.2011.
14. Mevzuat, http://www.ozida.gov.tr/?menu=ulusal_mevzuat&sayfa=giris. 11.8.2011.
15. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, DPT, Yayın No: 2741, 2007.
16. Güner P, Güler Ç, Yaşlıların Ev Güvenliği ve Denetim Listesi, Geriatri 5 (4): 150-154, 2002.
17. Güler Ç, Ergonomiye Giriş, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No.45, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1997.
18. Güler Ç, Vaizoglu SA, Tekbaş ÖF, Surlu B, Ergonomiye Giriş (Ders Notları), Ankara Tabip Odası, Ankara, 2001.

SAĞLIKLI BESLENME VE YAŞLILIK

Dilek ASLAN*

ÖZ

Yeterli ve dengeli beslenme anlamına gelen sağlıklı beslenme yaşam için en temel gereksinimlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerde farklılaşmalar görülmektedir. Yaşlılık döneminde beslenme ile ilgili olarak kanser, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi gibi süregelen hastalıklar ve risk faktörlerinde artış görülmektedir. Bu yaş grubunda dikkat çeken bir başka durum da malnütrisyonudur. Yaşlı bireylerde malnütrisyon genellikle ileri yaşla birlikte artan kronik hastalıklara ve de özel olarak diş kayıplarına bağlı gelişmektedir. Malnütrisyon ve kronik hastalıklar arasındaki kısır döngü de bu yaş grubu için önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.

Yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına doğru ve yerinde çözümler üretebilmek için bütün değerlendirmeleri sağlığın belirleyicileri üzerinden yapmak gerekir. Toplumsal cinsiyet rolleri, öğrenim durumu, medeni durum, coğrafi bölge, iklim, gelir durumu, herhangi bir hastalık varlığı, sağlık algısı, beslenme kültürü, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlıklı gıda alternatiflerine ulaşılabilirlik gibi pek çok neden ülkemizde tıpkı dünyanın diğer bölgelerinde olduğu gibi yaşlılık döneminde beslenme sorunlarını belirleyen başlıca durumlardır.

Bu yazı kapsamında yaşlılık döneminde Türkiye’de yaşlılık döneminde beslenme sorunlarını ortaya koyan çalışmaların bulgularından yararlanılarak değerlendirmelerin yapılması, bu değerlendirmeler ışığında çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Sağlıklı beslenme ve yaşlılık konulu bu yazı kapsamında yaşlılık döneminde Türkiye’de yaşlılık döneminde beslenme sorunlarını ortaya koyan çalışmaların bulgularından yararlanılarak değerlendirmelerin yapılması, bu değerlendirmeler ışığında çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çeşitli kaynaklarda farklı tanımlamaları olmakla birlikte yaşlılık bu yazıda kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri dönemini kapsamaktadır.

Dünyada Yaşlanan Nüfus Artmaktadır !

Geçmiş yıllara ve yüzyıllara göre dünyada doğuşta beklenen yaşam süresi artma eğilimindedir. Bu bağlamda gelecek on yıllarda yaşlı nüfusun büyük bir çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşamını sürdüreceği tahmin edilmektedir. Bununla birlikte bugün için gelişmiş kabul edilen ve halen toplam nüfusunun %16.4’ünün yaşlı olduğu kıta Avrupa’sında 2050 yılı için beklenen yaşlı nüfus yüzdesi 31.3’tür (1).

* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yaşlılık Döneminde Beslenme Neden Önemlidir?

Sağlıklı beslenme her yaş grubu için temel bir gereksinimdir. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin yeme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerde farklılaşmalar görülmektedir. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ile ilişkili olarak kanser, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipide-mi, hiperkolesterolemi gibi süregelen hastalıklar ve risk faktörlerinde artış olmaktadır. Bu yaş grubunda dikkat çe-ken bir başka durum da malnütrisyonudur. Yaşlı bireylerde malnütrisyon genellikle ileri yaşla birlikte artan kro-nik hastalıklara ve de özel olarak diş kayıplarına bağlı gelişmektedir. Malnütrisyon ve kronik hastalıklar arasın-daki kısır döngü de bu yaş grubu için önemli mortalite ve morbidite nedenidir.

Yaşlılık ile birlikte kronik hastalık ve kanser sıklığında artma görülmektedir. Beslenme özelinde kanser geli-şimi ve korunma arasında kanıtlanmış bazı ilişkiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Beslenme alışkanlıkları ve sık görülen kanserler arasındaki ilişki (2)

Kanser	Risk	Riski azaltan öneriler
Meme	Şişmanlık	Laktasyon Bedensel etkinlik
Kolorektal kanser	Şişmanlık, işlenmiş kırmızı et tüketimi	Bedensel etkinlik Süt/kalsiyum
Endometrium ve böbrek kanseri	Şişmanlık	Bedensel etkinlik
Karaciğer	Aflatoksin Alkol	
Akciğer	Beta karoten içeren yüksek dozda supplement (takviye) alımı	Meyve tüketimi Bedensel etkinlik
Ağız, gırtlak, yemek borusu kanseri	Alkol	Meyve ve sebze
Nazofarinks	Tuzlanmış balık	
Özofagus	Alkol Şişmanlık	Meyve ve sebze
Pankreas	Şişmanlık	Folattan zengin diyet
Prostat	Kalsiyum içeriği yüksek gıdalar	Likopen ve selenyum içeriği zengin diyet
Mide	Yüksek tuz içerikli beslenme	Meyve ve sebze

Sağlıklı Beslenme Önerileri Her Yaş İçin Geçerlidir!

Sağlıklı beslenme için aşağıdaki evrensel yaklaşımların bilinmesi gerekmektedir (3):

1. Besin çeşitliliği önemlidir. Hayvansal gıdalar yerine bitkisel gıdalar tercih edilmelidir.
2. Her gün ekmek, tahıl, pirinç ya da patates tüketilebilir.
3. Her gün en az 400 gram taze meyve ve sebze tüketilmelidir.
4. Beden Kitle İndeksi değerinin 18.5-24.9 arasında tutulması önerilmektedir. Bunun için her gün düzenli be-densel aktivite yapılmalıdır.
5. Günlük alınan yağın kontrol edilmesi (toplam enerjinin %30’unu geçmemesi) gerekmektedir. Doymamış yağ tüketimi doymuş yağ içerikli gıdalar yerine tercih edilmelidir.

6. Yağ içeriği fazla olan kırmızı et yerine baklagiller, balık, beyaz et, vb. tüketilebilir.
7. Süt ve kefir, yoğurt, peynir gibi süt ürünlerinin yağsız ve tuzsuz olarak tüketilmesi önerilmektedir.
8. Şekerli içeceklerden, yiyeceklerden kaçınmak gerekmektedir.
9. Tuz içeriği düşük gıdaların tüketilmesi önerilmektedir. Günlük toplam tuz alımı 6 gramı geçmemelidir. Bu da bir çay kaşığı kadar tuz anlamı taşımaktadır. İyot eksikliği olan bölgelerde tuzun iyotlanması genel bir yaklaşım olmalıdır.
10. Gıdaların hijyenik ve güvenli olmalarına dikkat etmek gerekmektedir.
11. İlk 6 ay sadece anne sütü en temel beslenme önerileri arasındadır. Bu dönemde su dahil hiçbir gıda bebeğe verilmemelidir.

Ülkemizde dört yapraklı yonca modeli yaklaşımı yukarıdaki önerilerle paraleldir. Bu modele göre dört temel besin grubu olan süt ve süt ürünleri, et-yumurta-baklagiller, sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllardan yeterli ve dengeli bir biçimde tüketilmesi önerilmektedir (4,5).

Yaş, gereksinim, hastalık varlığı gibi durumlar şüphesiz özel olarak değerlendirilmesi gereken süreçler olarak akılda tutulmalıdır.

Türkiye’de Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları Var !

Türkiye’de yaşlılık döneminde beslenme konulu yapılan kimi araştırmaların sonuçları aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Beslenme profilini ortaya koyan iki ulusal çalışmanın ilki 1974 yılına, ikincisi ise 1984 yılına aittir. Bu araştırmalarda yaşa özel vurgu çok belirgin olarak yapılmadığı düşünülmektedir (6). Ulusal düzeyde yapılan son çalışmanın resmi sonuçları henüz açıklanmamıştır (7).
- ✓ Aksoydan tarafından 10 Avrupa ülkesinin ve Türkiye’nin içinde bulunduğu “Aging Nutrition” projesine ilişkin yapılan bir değerlendirmede yaşlı kadınlar arasında beden kitle indeksi değerlerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Değerlendirilen çalışmalarda yaşlılar arasında enerji ve protein tüketimi önerilenin gerisinde olarak belirtilmiştir. Posa tüketiminde yetersizlikler, sodyum tüketiminde fazlalık olduğuna dair bulgular vardır. Ayrıca C vitamini ve karbonhidrat tüketimi karşılaştırma yapılan diğer Avrupa ülke verilerinden yüksek bulunmuştur (8).
- ✓ Farklı grup ve zamanlarda yapılan çalışmalarda kan basıncı yüksekliği yaşlılık döneminde görülen önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Kan yağ profillerinde olumsuzluklar da saptanan sık sorunlar arasında yer almaktadır (8,9).
- ✓ Yaşlı bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon görüldüğüne dair veriler bulunmaktadır (11).
- ✓ Yapılan bazı çalışmalar yaşlılık döneminde Vitamin D, kalsiyum, vitamin B₁₂ yetersizliklerine rastlandığına dikkat çekmektedir (11-13).

Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenmek İçin Neler Yapılmalı?

Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenebilmek için aslında yaşam boyu önerilen konulara dikkat etmek gerekmektedir. Bireysel tutum ve davranışlar genel önerilerle uyumlu olmalıdır. Ancak yaşlılık döneminde ayrıca dikkat edilmesi gereken konular aşağıda yer almaktadır:

1. Kronik hastalık sıklığı yaşlılık döneminde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu için hastalık durumuna özel beslenme seçeneklerine dikkat edilmelidir (11-13).

2. Su tüketimi her yaş grubu gibi bu dönemde öne çıkmaktadır. Günde en az iki litre (8-10 su bardağı) su tüketmesi önerilmektedir.
3. Posalı gıdaların tüketilmesi önerilir.
4. Kalsiyum içeriği yüksek gıdalar tüketilmelidir.
5. Tuz ve şeker tüketimi yaşlılık döneminde de azaltılmalıdır.
6. Diş kayıpları yaşlılık döneminde sık görülen bir durum olduğundan beslenme tercihlerine dikkat edilmelidir. Örneğin, taze sebze meyve tüketilemediği durumlarda taze sıkılmış meyve-sebze suyu tüketilebilir.
7. Bedensel etkinlik de yaşlılık dönemi için değerlidir. Haftada en az 150 dakika orta düzey bedensel etkinlik önerilmektedir. Düşmelerin önlenmesi için denge ve kas güçlendirici etkinliklerin de ayrıca önemi bulunmaktadır.

Yukarıdaki öneriler bireysel önerilerdir. Ancak toplumsal düzeyde öneriler devletlerin sorumluluk alması açısından daha bütüncül ve herkesi kapsayıcı özelliktedir. Bu bağlamda sağlıklı beslenmenin herkes için ulaşılabilir bir hak olduğu temel kabulü gerekmektedir. Her yaşlı birey güvenli gıdaya ulaşması için koşulların sağlanması önemlidir. Sağlıklı gıda alternatifleri herkes için de ulaşılabilir olmalıdır. Sağlıksız gıdaların üretimi ve tüketimi için de yaklaşımlar geliştirilebilir. Örneğin; Avrupa'da Macaristan'da 2011 yılında sağlıksız gıdalara vergi uygulaması başlatılmıştır (14). Bu ve benzeri uygulamalar aracılığı ile sağlıksız gıdaların üretimi, tüketimi engellenebilir.

Sorunların Çözümünde Hekim Rolü

Yaşlı bir birey hekime başvurduğunda hekim bazı konularda sürecin doğru yönetilmesine dair bilgi, tutum ve davranışa sahip olması uygun olur. Bu bağlamda Tablo 1'de yaşlılık döneminde bir birey hekime başvurduğunda uygulanması gereken temel adımlar özetlenmiştir.

Tablo 1. Hekime başvuran 65 yaş ve üzeri bir bireyin sağlıklı beslenme konusundaki yaklaşımlarına yönelik temel adımlar (12)*

1	Sağlıklı/yeterli-dengeli beslenmenin tanımını yapma
2	Kişinin sağlıklı beslenip beslenmediğini sorma; ana ve ara öğün sayılarını öğrenme
3	Sağlıklı beslenmenin yararlarını paylaşma
4	Sağlıksız beslenmenin zararlarını söyleme
5	Son dönemlerde vücut ağırlığında kayıp olup olmadığını öğrenme
6	Temel besin gruplarını bilip bilmediğini sorma; temel bilgileri paylaşma
	a. Süt ve süt ürünleri
	b. Et, yumurta ve kurubaklagil
	c. Sebze ve meyve grubu
	d. Ekmek ve tahıl
7	Hastalığa özel beslenme önerilerini değerlendirme: <i>Bireyin yaşı, cinsiyeti, bedensel etkinlik yapma durumu, herhangi bir hastalık varlığı gibi beslenme durumunu etkileyebilecek özel durumlarının olup olmadığını öğrenme; duruma özel gerekli önerilerde bulunma</i>
8	Kişinin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, diğer antropometrik ölçümlerini yapabilme <i>Yaşlılık döneminde antropometrik ölçümlerin değerlendirmelerinde farklı kategorizasyonlar kullanılabilir. Değerlendirmelerde dikkatli olunmalıdır.</i>
9	BKİ ve bel-kalça oranı değerlendirmesinden sonra gereksinim var ise yerinde önerilerde bulunma (beslenme, bedensel etkinlik, davranış tedavisi, medikal tedavi, cerrahi tedavi, vb); gerekirse diyetisyen işbirliği yapma
10	Sağlıklı beslenme ile mutlaka birlikte değerlendirilmesi gereken bedensel etkinlik yapma durumunu sorma; gerekli önerilerde bulunma
12	Başvuranın/hastanın sormak istediği konu olup olmadığını öğrenme; gerekli bilgileri ve var olan broşür gibi görsel materyalleri paylaşma

*Tabloda yer alan adımlar genel yaklaşımları içermektedir, kişinin durum ve koşullarına göre farklı önerilerde bulunulabilir.

Sonuç olarak, yaşlılık döneminde beslenme sorunlarına doğru ve yerinde çözümler üretebilmek için bütün değerlendirmeleri sağlığın belirleyicileri üzerinden yapmak gerekir. Sağlığın belirleyicileri denildiğinde toplum-

sal cinsiyet rolleri, öğrenim durumu, medeni durum, coğrafi bölge, iklim, gelir durumu, herhangi bir hastalık varlığı, sağlık algısı, beslenme kültürü, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi pek çok değişken birlikte düşünülmelidir. Bütüncül yaklaşımlar ancak bu bakış açısıyla sonuç açısından olumlu olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ageing and health in focus in 2012. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2012/01/ageing-and-health-in-focus-in-2012>. 17.2.2012.
2. Oxford Textbook of Public Health. Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M (Eds). Fifth Ed., 2009, p 189.
3. A healthy lifestyle. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>. 15.4.2011.
4. Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. Şubat 2008. http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a1.pdf. 17.2.2012.
5. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. Geriatri Derneği Eğitim Serisi 1, Öncü Matbaa, Ankara, 2008.
6. Temel Besin Grupları. <http://www.beslenme.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=188>. 15.2.2012.
7. 2010 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/tbsa.pdf>. 15.2.2012.
8. Aksoydan E. Health and Nutritional Status of Elderly in Turkey and Other Eastern European Countries. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2010;30(2):674-83.
9. Akbulut G, Köksal E, Bilici S, Acar Tek N, Yildiran H, Karadağ MG, Sanlier N. Metabolic syndrome (MS) in elderly: A cross sectional survey. Arch Gerontol Geriatr 2011 Nov-Dec;53(3):e263-6.
10. Sanlier N, Yabancı N. Mini nutritional assessment in the elderly: living alone, with family and nursing home in Turkey. Nutrition & Food Science 2006;36(1):50-8.
11. Rakıcıoğlu N. Sağlıklı beslenme önerileri. In: Yaşlanmak Ayrıcalıktır. Hacettepe Üniversitesi-GEBA Yayınları, Ankara, 2011, pp 65-77.
12. Aslan, D. Sağlıklı beslenmede hekim rolü. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39(4):175-80.
13. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Beslenme: Hekim Perspektifi. Hekimleri İçin Temel Geriatri Kitabında. Ankara Tabip Odası ve Türk Geriatri Derneği yayınları, Nisan 2011, pp 133-9.
14. Hungary taxes unhealthy foods. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2012/01/hungary-taxes-unhealthy-foods>. 15.2.2012.

BEDENSEL ETKİNLİK VE YAŞLILIK

Elçin BALCI*

ÖZ

Sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık aynı zamanda kaliteli yaşamın vazgeçilmez koşuludur. Yaşlanma vücuttaki pek çok sistemi etkileyen dinamik bir süreçtir. Süreç ilerledikçe dayanıklılıkta ve fiziksel uygunlukta azalma görülmektedir. Yaşlılık denilince akla kronolojik yaş gelmektedir ancak bireylerin özellikleri birbirinden farklıdır. Kronolojik yaş kişinin fiziksel durumu ve fonksiyonel kapasitesini tam olarak yansıtmamaktadır. Bu nedenle yaşlılığın en önemli göstergesi fonksiyonel kapasite ve işlev kaybı (disability) olarak kabul edilmektedir. Fonksiyonel kapasiteyi artırmanın amacı ise yaşam kalitesini artırmaktır.

Teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz etkilemektedir. Fiziksel aktivite; günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanır. Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır. Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelme-kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir. Yaşlılarda egzersiz programları, denge, esneklik, kuvvet ve çevikliğin gelişmesine katkıda bulunarak kişinin yaşama katılmasını ve aktif bir hayat sürmesini sağlamaktadır.

Fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını arttıran önemli nedenlerden biri olmuştur. Araştırmalar göstermektedir ki; fiziksel etkinlik total mortalitede olduğu gibi iskemik kalp hastalığı, inme, diabetes mellitus, kognitif bozukluklarda da azalma sağlar. Yapılan fiziksel aktivitelerin kemik mineral yoğunluğu ve kas kuvvetini arttırdığı, omurga hareketliliği ve esnekliğini arttırdığı bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur.

Çocukluk çağından başlayarak düzenli aktivite alışkanlığı kazandırmak, her yaştaki birey için egzersizli günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmek ve günlük bedensel aktivite miktarını arttırmak, bireysel sağlığımızın korunması ve ileri yaşlarda karşılaşılabilecek sağlık tehditlerinin azaltılması konusunda oldukça büyük öneme sahiptir. Bu etkinliklerin ileri yaşlar boyunca düzenle devamı, yaşlı bireylerin bütüncül olarak yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir.

* Yrd. Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlamaktadır. Tanımlanan bu haliyle sağlık aynı zamanda kaliteli yaşamın vazgeçilmez bir koşuludur. Sağlıklı yaşamın doğal seyri içindeki “Yaşlanma dönemi” de vücuttaki pek çok sistemi etkileyen dinamik bir süreçtir. Süreç ilerledikçe dayanıklılıkta ve fiziksel uygunlukta azalmalar görülmektedir. Yaşlılık denilince akla ilk olarak kronolojik yaş gelmektedir ancak bireylerin özellikleri birbirinden farklıdır. Kronolojik yaş kişinin fiziksel durumu ve fonksiyonel kapasitesini tam olarak yansıtmamaktadır. Bu nedenle yaşlılığın en önemli göstergesi fonksiyonel kapasite ve işlev kaybı (disability) olarak kabul edilmektedir. Fonksiyonel kapasiteyi artırmanın amacı yaşam kalitesini artırmak olup (1,2), örneğin Koltyn 60 yaşın üzerindeki kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (3). Düzenli fiziksel aktivite vücut sağlığının korunmasında önemli bir faktör olarak yaşam biçimini yansıtmaktadır ve etkili bir fiziksel aktivite programı, kuvvet, sürat, dayanıklılık, denge, fiziksel-zihinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesini geliştirebilir (4).

Yaşlılarda sağlığı korumak ve aktif yaşam tarzını sağlamak için fiziksel aktivite ve egzersizin rolü günümüzde gittikçe daha da büyük önem kazanmaktadır. Teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırır da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve bu durum sağlığı olumsuz etkilemektedir. Egzersiz; vücuttaki yaşla ilişkili ve sağlığı olumsuz etkileyen değişiklikleri engellemede etkilidir. Eldeki bulgular egzersizin, vücut kompozisyonunu geliştirdiğini, kas kuvvetini, düşmeleri, diyabet (DM) ve koroner arter hastalığı (KAH) riskini, eklem ağrısını ve depresyonu azalttığını, yaşam kalitesini artırdığını ve yaşam süresini uzattığını göstermektedir. Yapılacak egzersizin yaşlılarda pozitif etkiler elde etmek için standart şekillerde değil, kişinin kalp-damar ve kas-iskelet sistemi kapasitesine ve bireysel isteklerine özgü olması gerekmektedir (2).

Fiziksel aktivite; günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanır. Bir başka deyişle koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır (1). Fiziksel aktivite; artan enerji tüketimiyle sonuçlanan iskelet kasları tarafından üretilen istemli hareketler olarak da tanımlanmaktadır. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ise yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili değiştirilebilir davranışsal bir risk faktörü olarak ta tanımlanabilir (5).

Aerobik ve dirençli egzersizler kanıtlanmış yararları olan, düşük maliyetli ve düşük riskli aktivitelerdir. Yürüme ve koşma gibi aerobik egzersizler, germe, dirençli egzersizler, uygun şiddet ve sürede ve ısınma ve soğuma egzersizleri ile beraber yapılırsa yaşlılarda, sağlığa pozitif katkıları vardır (2). Aerobik egzersiz, maksimal kardiak outputu ve dokuların oksijen kullanımını artırır, lipid profilini düzenler (6-10).

Fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon (HT), DM, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını arttıran önemli nedenlerden biri olmuştur (2). Obezitenin artışında bedensel etkinliğin (fiziksel aktivite) azalması en önemli sorumlu faktör olarak kabul görmektedir (15). Yine araştırmalar göstermektedir ki; fiziksel etkinlik total mortalitede olduğu gibi toplumda görülme sıklığı artan iskemik kalp hastalığı (İKH) (11), inme (12), DM (13), kognitif bozukluklarda da (14) azalma sağlar. Yapılan fiziksel aktivitelerin kemik mineral yoğunluğu ve kas kuvvetini arttırdığı, omurga hareketliliği ve esnekliğini arttırdığı bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur (1).

Yaşlılarda fiziksel etkinliklerin beden bileşimini ve özellikle beden yağını azalttığına ilişkin çalışma bulguları ve bedensel etkinlik artışıyla yaşlılığa bağlı beden ağırlığı artışının engellenebileceğine ilişkin öneriler vardır (16). Fazlaca kanıt olmamakla birlikte, kalori kısıtlamasına gidilmeden bedensel etkinlik düzeyinin arttırılmasının, visseral obeziteyi azaltabileceğine ilişkin yaygın bir görüş de bulunmaktadır. Araştırmalarda dokuz haftalık kısa denilebilecek bir sürede bile kombine çalışma programının beden yağını azaltabileceğine ilişkin bulgular elde edilmiştir. Yaşlılarda daha belirgin beden ağırlığı ve beden yağı kaybını sağlamak için aktivite artışı ile birlikte kombine edilecek diyet programlarından da yararlanılarak egzersiz etkinliğinin artması sağlanabilir. Yaşlıların uzun vadeli sportif etkinliklere yönlendirilmeleri, onların bazı sağlığa ilişkin risk etmenlerinden kurtulmalarını sağlayacaktır (17-19).

Temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren; yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelme-kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi çeşitli spor dalları, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir. Yaşlılarda egzersiz programları, denge, esneklik, kuvvet ve çevikliğin gelişmesine katkıda bulunarak kişinin yaşama katılmasını ve aktif bir hayat sürmesini sağlamaktadır (1). Doksanlı yıllarda, 65 yaş üzerindeki Amerikalıların %30'nun düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır ve bu oranı % 60'lara çıkarmak hedef olarak öngörülmüştür (20).

Yaşlıları sedanter yaşantıdan uzaklaştırmanın ve düzenli spor yapmalarını sağlamanın sağlıklarına yararlı olabileceğine dair görüşler uzun süredir mevcuttur. Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin yayımladığı bir raporda dayanıklılık alıştırma çalışmalarının beden bileşimini olumlu etkilediğini bildirilmektedir. Buna göre total beden yağında %1-4 azalma sağlamak mümkündür (21). Tüm Amerikan yetişkinlerinin ileri derecede aktif bir yaşam tarzına sahip olmaları durumunda, KAH hastalıklarından %35, kolon kanserinden %32, DM'den meydana gelen ölümlerin %35 oranında azalacağı tahmin edilmektedir (22). Önceden sedanter olup, yaptıkları egzersizlerle kondüsyon düzeyini geliştiren kişilerde de toplam mortalitenin %44, kalp damar sistemi hastalığından ölüm riskinin ise %42 azaldığı bulunmuştur (23). Yaşa bağlı obezite artışının, başlı başına bir kalp damar hastalığı riski olması nedeniyle, uygun spora ilişkin yüklenme dozunu bulmaya ilişkin çabalar da sürmektedir (24).

Kas güçsüzlüğü ve sonucunda meydana gelen denge ve yürüme bozukluğu, yaşlılarda düşmenin en önemli risk faktörlerindendir (25). Düşmeler, 75 yaş üzerinde yaralanma sonucu ölüme yol açan nedenler arasında ilk sırada yer almaktadır (20). Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques (FICSIT) tarafından yapılan metaanalize göre, egzersiz yapan yaşlılarda düşme riski anlamlı ölçüde azalmıştır (26). Şahbaz ve arkadaşları düzenli egzersiz yapan yaşlılarda; günlük yaşam aktivitesi ve enstrümental günlük yaşam aktivitesindeki bağımsızlık düzeyinin daha yüksek olduğunu ve bu iki aktivitedeki bağımlılık durumu arttıkça ev kazası geçirme sıklığının arttığını saptamıştır (27). Yapılan çalışmalarda dirençli egzersizlerin, çok ileri yaşlılarda bile kas kuvveti ve yürüme hızında artış, denge, spontan aktivite düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri ve merdiven çıkma yeteneğinde gelişmeye etkili olduğu saptanmıştır (26,28,29).

Yürüme programları ve aerobik egzersizler omurga (30), kuvvetlendirme egzersizleri ise hem omurga hem de kalça kemik mineral dansitesinde artış sağlamaktadır (31). Egzersiz osteoartritli yaşlılarda ağrıyı ve düşme riskini azaltıp, fonksiyonel kapasiteyi artırır (32). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda Kemik Mineral Yoğunluğu (KMY) düşük olanların kas güçlerinin ve yürüme hızlarının da düşük olduğu saptanmıştır (33,34). Egzersiz, özellikle osteoporoz riski altındaki kadınlarda, KMY ve kas kitlesini korur (9). Egzersiz ve fiziksel aktivite artışının depresif semptomları ve anksiyeteyi, hatta depresyon gelişimi riskini azalttığı bildirilmiştir (6,9,35). Egzersizin DM'de karbonhidrat metabolizması ve insülin duyarlılığına olumlu etkileri vardır. Ayrıca glukoz toleransını sağlar ve DM gelişimi riskini azaltır. Yaşlı diyabetik hastalar için orta şiddette düzenli bir aerobik egzersiz genellikle yeterli olabilir (9,35).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre ülkemiz nüfusunun %6.8'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır (36). Hem dünyada hem de Türkiye'de yaşlı nüfus oranı artmaya da devam edecektir. Fiziksel aktivite programlarını planlamak ve katılıma teşvik etmek için bu yaşlı bireylerin yaşa özel fiziksel aktivite alışkanlıklarının ayrıntılı bilinmesi gereklidir. Ancak Türkiye'deki yaşlı bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi yoktur (37). Yaşlılarda fiziksel inaktivite oranı %33'tür. İnaktivite nedenleri, normal yaşlanma, kronik hastalıklar ve uygun olmayan kas-iskelet sistemi kullanımıdır (38). Ulusal Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %20.32'sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı %63.9'dur (39). TEKHARF çalışması sonuçlarına göre toplumumuzda sedanter bireylerin (günde 1 kilometreden az yürüyen ve oturarak iş görenlerin) oranı yaşla artmakta ve kadınlarda fizik aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Sedanter olma oranı 1990 yılı verilerine göre 20-29 yaş grubundan 70 yaş ve üzeri gruba gidildiğinde erkeklerde %6'dan %30'a, kadınlarda %3'den %52'ye kadar çıkmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre toplumumuzda yıllar içerisinde (1990-2000) ve özellikle kadınlarda sedanter olma oranları artış göstermiştir (40).

Hekimler, fiziksel aktivite ve egzersizin sağlığı korumak ve aktif bir yaşam tarzı sağlamaya yönelik bu yararlarını ve egzersizin nasıl yapılacağını, yaşlı hastalarına da ayrıntılı anlatmalıdırlar (2). Yaşlılarda fiziksel aktivite artışı ve egzersiz programının başarılı olması isteniyorsa, mutlaka sistemik bir yaklaşım şarttır. Öncelikle hastaya niçin egzersiz yapması gerektiği uygun bir şekilde anlatılmalıdır. Egzersiz yapmaya teşvik edilen hastadan mutlaka tıbbi hikâye alınmalıdır. Şimdiki ve geçmiş hastalıkları, tedavileri ve kullandığı ilaçları, düşme öyküleri, önceden egzersiz yapıp yapmadığı, aktivite ve ilgi alanları belirlenmelidir. Geçmişteki egzersiz profili, hastanın egzersize nasıl başlaması gerektiği ve aktivitelerin ne kadar şiddetli olabileceği konusunda fikir verir (2).

Yaşlılarda fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi için en sık kullanılan yöntem yürüme hızının belirlenmesidir ve altı dakika yürüme testi rehabilitasyon hekimleri tarafından fonksiyonel mobilitenin belirlenmesini sağlayan önemli bir testtir (41-43).

Kişilerin egzersiz yapmaya engel olarak öne sürdüğü nedenler saptanmalıdır. Egzersiz yapmaya engel olan en sık neden olarak zaman yetersizliği gösterilmektedir (9). Kişinin sosyal durumu da egzersiz programına katılması için engel teşkil edebilir. Eğer egzersiz programına devam eden bir tanıdığı ya da grubu varsa kişi daha istekli olabilir. Sosyal aktivitesi düşük, maddi imkânsızlıkları ve ulaşım sorunu olan kişilerde ev egzersiz programları daha uygun olabilir (2).

Yaralanma kaygısı ve kalp damar sistemi hastalıklarının varlığı diğer endişe nedenleridir. Bazı yaşlılar egzersiz programlarının kalp ve solunum performanslarına bir yük getirip getirmeyeceğinden endişe duyarlar. Bu gibi kişilere yürüme, jogging, dirençli egzersizler, yaşam tarzı modifikasyonu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelere, hemen hemen tüm geriatrik popülasyonun güvenle ve sorun yaşamadan katılabileceği belirtilebilir (9,35).

Kişiyi ve amaçlara uygun olarak değişik egzersizler seçilebilir. Yaşlılar için en uygun egzersiz formu aerobik egzersizlerdir. Aerobik egzersizler düşük şiddetli, ritmik, geniş kas gruplarının kullanıldığı kesintisiz uygulanan ve özellikle de kardiyopulmoner dayanıklılığı geliştirmek için yararlı aktivitelerdir. Dirençli egzersizler kuvveti ve dayanıklılığı artırır, mobilite ve dengeyi geliştirir. Bu egzersizler, omuzlar, kollar, bel, kalça ve bacaklar gibi geniş kas gruplarını içermelidir. Dirençli egzersizler kalp damar sistemi hastalığı olanlarda dahi emin olarak yapılabilir.

Germe egzersizleri kas kuvvetini ve kardiyopulmoner dayanıklılığı artırmaz. Ancak aerobik ve dirençli egzersizler öncesinde ve sonrasında 10-15 dakikalık germe egzersizleri, özellikle yaralanmaların engellenmesi açısından faydalıdır. Isınma egzersizleri yaralanmalardan, soğuma egzersizleri ise egzersiz sonrası oluşan hipotansiyon gibi komplikasyonlarından korunmak için önemlidir.

Egzersizin faydalı olabilmesi için şiddetinin belli bir eşik düzeyin üzerinde olması gerekir. Süre, şiddet ile ters orantılıdır. Fonksiyonel kapasite düşüklüğü nedeniyle, yaşlılarda egzersiz şiddeti ve süresi düşük tutulmalıdır. Egzersiz sıklığı istenen hedefe göre, gün içinde birkaç defadan, haftada 3-5 güne kadar değişebilir. Egzersizin devamlılığını sağlamak açısından, hasta belli aralıklarla takip edilmelidir. Kişinin durumu ve egzersizin hedefleri periyodik olarak tekrar değerlendirilmeli, gelişmelere göre gerekli ilaveler yapılmalıdır (2).

Kuvvetlendirme egzersizlerinin yaşlılarda, kas fiber sayısında ve fiber çapında artışa neden olduğu gösterilmiştir (44). Alt ekstremiteye yönelik kuvvetlendirme, yürüme ve postural kontrol egzersizlerinden oluşan bir protokolün, tek başına postural kontrol egzersizlerine göre dengeyi sağlamada daha etkili olduğu gösterilmiştir (45).

Keskin ve arkadaşlarının çalışmasında vertebra fraktörü olan hastaların, fiziksel aktivitelerinin daha düşük olduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle klinik bulguları olmadığı halde vertebra fraktörü olan geriatrik hastaları değerlendirirken ve günlük yaşam aktivitelerini planlarken, fiziksel kapasitelerinin daha düşük olabileceğinin dikkate alınması önerilmektedir (46).

Çocukluk çağından başlayarak kişilere düzenli aktivite alışkanlığı kazandırmak, her yaştaki birey için egzersizi günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline getirmek ve günlük bedensel aktivite miktarını arttırmak, bireysel sağlığımızın korunması ve ileri yaşlarda karşılaşılabilecek sağlık tehditlerinin azaltılması konusunda oldukça büyük öneme sahiptir. Egzersize başlamanın yaşı yoktur. Bu etkinliklerin ileri yaşlar boyunca düzenle devamı, yaşlı bireylerin bütüncül olarak yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir. Sadece yaşlı grup için değil, tüm yaş grupları için fiziksel aktivite düzeylerini belirlemeye yönelik kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Özdemir G, Ersoy G. Yaşlanma sürecinde egzersiz ve sağlıklı beslenmenin kazandırdıkları. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Yayını, 2009.
- Cindaş A. Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. Turkish Journal of Geriatrics, 2001; 4 (2): 77-84.
- Koltyn KF. The Association Between Physical Activity and Quality of Life in Older Women. Women's Health Issues 2001;11(6):472-9.
- Şahin G. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyleri Değerlendirme Yöntemleri. Turkish Journal of Geriatrics 2010;14(2):172-8.
- Kaplan GA, Seeman TE, Cohen RP, et al. Mortality Among The Elderly in The Alameda County Study: Behavioral and Demographic Risk Factors. Am. J. Public Health, 1987;77: 307-12.
- Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, Epstein S, Sivarajan, Froelicher ES, Froelicher VF, Pina IL, Pollock ML. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: A statement for health professionals by the committee on exercise and cardiac rehabilitation of the council on clinical cardiology, American Heart Association. Circulation 1996; 94(4):857-862.
- American College of Sports Medicine Position Stand: Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc 1998;30(6):992-1008.
- American Diabetes Association: Stand position. Diabetes and exercise. Diabetes Care 2000; 23(1):50-4.
- Christmas C, Anderson RA: Exercise and older patients: Guidelines for the clinician. J Am Geriatr Soc 2000; 48(3):318-24.
- Blair SN, Kampert JB, Kohl HW 3rd, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW: Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and woman. JAMA 1996; 276(83): 205-10.
- Batty GD, Lee IM: Physical activity for preventing strokes. BMJ 2002, 325:350-1.
- Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM: Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes Care 2007, 30: 744-52.
- Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, Kukull W: Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. Ann Intern Med 2006, 144:73-81.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. US Department of health and Human Services 2008, Available at: <http://www.health.gov/PAGuidelines/Report/>. Erişim: 21.09.2011.
- Grundy SM, Blackburn G, Higgins M, Lauer R, Perri MG, Ryan D. Roundtable consensus statement: physical activity in the prevention and treatment of obesity and comorbidities. Med Sci Exerc Sports 1999;31:502-9.
- Kohrt WM, Obert KA, Holloszy JO. Exercise training improves fat distribution patterns in 60 to 70 year old men and women. J Geront Med Sci 1992;47:99-105.
- Ross R, Freeman, Janssen I. Exercise alone is an effective strategy for reducing obesity and related comorbidities. Exerc Sport Sci Rev 2000;28:65-70.
- Dipietro L, Seeman TE, Stachenfeld NS, Katz D, Nadel ER. Moderate-intensity aerobic training improves glucose tolerance in aging independent of abdominal adiposity. J Am Geriatr Soc 1998;46:875-9.
- Toraman F, Yaman H, Şahin G, Ayçem N, Muratlı S. 9 Haftalık Bir Antrenman Programının Yaşlıların Beden Bileşimleri Üzerine Etkisi. Turkish Journal of Geriatrics, 2002;5 (3):91-6.
- Barry HC, Eathorne SW: Exercise and aging issues for the practitioner. Med Clin North Am 1994;78(2):357-76.
- Hagberg J, Graves J, Limacher M, Woods D, Co-nonie C, Leggett S, Gruber J, Pollock M. Cardiovascular responses of 70-79 year old men and women to exercise training. J. Appl Physiol 1989;66:2589-94.
- Powell KE, Blair SN: The public health burdens of sedantary living habits: Theoretical but realistic estimates. Med Sci Sports Exerc 1994; 26(7):851-6.
- Blair SN, Kohl HW 3rd, Barlow CE, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW, Macera CA: Changes in physical fitness and all-cause mortality: A prospective Study of Healthy and Unhealthy Men. JAMA 1995; 273(14):1093-8.
- Ross R, Janssen I. Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. Med Sci Sports Exerc 2001; 33(6): 521-527.
- Hale WA, Delaney MJ, McGaghie WC: Characteristics and predictors of falls in elderly patients. J Fam Prac 1992; 34(5):577-81.
- Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD, Ory MG, Sattin RW, Tinetti ME, Wolf SL: The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of intervention Techniques. JAMA 1995;273(1):1341-7.
- Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ve ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(2):85-93.
- Judge JO, Underwood M, Gennosa T: Exercise to improve gait velocity in older persons. Arch Phys Med Rehabil 1993;74(4):400-6.
- Judge JO, Schechtman K, Cress E: The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. The FICSIT Group. Frailty and Injury: Cooperative Studies of Intervention Trials. J Am Geriatr Soc 1996; 44(11):1332-41.
- Ryan AS, Nicklas BJ, Dennis KE: Aerobic exercise maintains regional bone mineral density during weight loss in postmenopausal women. J Appl Physiol 1998; 84(4):305-13.

31. Nelson ME, Fiatarone MA, Morganti CM, Trice I, Greenberg RA, Evans W J: Effects of high intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: A randomized controlled trial. *JAMA* 1994; 272(24):1909-14.
32. Ettinger WH Jr, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejeski WJ, Morgan T, Shumaker S, Berry MJ, O'Toole M, Monu J, Craven T: A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Senior Trial (FAST). *JAMA* 1997;277(1):25-31.
33. Taaffe DR, Simonsick EM, Visser M, Volpato S, Nevitt MC, Cauley JA. Lower extremity physical performance and hip bone mineral density in elderly black and white men and women: Cross-sectional associations in the Health ABC study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(A):934-42.
34. Sirola J, Tuppurainen M, Honkanen R, Jurvelin JS, Kroger H. Associations between grip strength change and axial postmenopausal bone loss-a 10 year population-based follow-up study. *Osteoporos Int* 2005;16(12):1841-8.
35. Evans WJ: Exercise training guidelines for the elderly. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31(1):12-7.
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.
37. Karan Ö, Koz M, Ersöz G. İstanbul İlindeki Huzurevlerinde Kalan 65 Yaş ve Üstündeki Bireylerin Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(3):143-7.
38. Karan A. Yaşlılıkta Egzersiz ve Spor. *Turk J Phys Med Rehab* 2006;52 (Özel Ek A):53-6.
39. Ulusal Hane Halkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Türkiye.
40. Aydın ZD. Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg* 2006;13(4):43-8.
41. Enright PL, McBurnie MA, Bittner V, et al. The 6-m, in walk test *Chest* 2003;123(2):387-98.
42. Kervio G, Carre F, Ville N. Reliability and intensity of the sixminute walk test in healthy elderly subjects. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(1):169-74.
43. Hulens M, Vansant G, Claessens AL, Lysens R, Muls E. Predictors of 6-minute walk test results in lean, obese and morbidly obese women. *Scand J Med Sci Sports* 2003;13(2):98-105.
44. Fiatarone MA, Marks CC, Ryan ND, Meredith CN, Lipsitz LA, Evans WJ: High intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *JAMA* 1990;263(22):3029-34.
45. Judge JO, Lindsey C, Underwood M, Winsemius D: Balance improvements in older women: Effects of exercise training. *Phys Ther* 1993; 73(4):263-5.
46. Keskin D, Borman P, Eser F, Bodur H, Köse K. Yaşlılarda fiziksel aktivite, kemik mineral yoğunluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008;11(3):113-8.

KLİNİSYEN GÖZÜYLE YAŞLILIK DÖNEMİNDE SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR

Yeşim GÖKÇE-KUTSAL,* Sibel EYİGÖR**

ÖZ

Yaşam süresinin uzaması sadece mortalite ve morbidite yönünden değil, bireylerin yaşam kalitesi açısından da önemli sorunları birlikte getirmektedir. İleri yaşlarda yaşamı tehdit eden hastalıklar; kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, anemi, KOAH, DM, demans iken, yaşamsal önemi yanında yeti kaybına neden olanlar; kognitif bozukluklar, inme, diyabet, KOAH, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve osteoporoz, sadece yeti kaybına neden olanlar ise; Parkinson hastalığı, görme sorunları ve artritler olarak sıralanmaktadır. Bu yaş grubunda bildirimi yapılmamış hastalık sayısı ve oranı çok yüksektir. 65 yaş ve üzerindekiilerin %90 ında bir, % 15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bir aradadır. Geriatrik sendromlar olarak adlandırılan grupta; inkontinans, uyku bozuklukları, malnutrisyon, deliryum, bası yaraları, ağrı ve düşmeler dikkati çekmekte ve bu spesifik problemler multifaktöriyel olup, klinik pratikte oldukça kötü sonuçlar doğurarak morbidite ve bazen de mortalite ile ilişkilendirilmektedir.

Geriatrik hastanın değerlendirmesi; yaşlılardaki multipl problemleri kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalı, sağlıklı yaşlanma hedefine ulaşmak için, ileri yaş grubunda karşılaşılan sorunların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ele alınması ve bu sorunlara karşı duyarlılığın artırılması önem taşımaktadır. Yaşlanma ile birlikte organlarda ve organ sistemlerinde ortaya çıkan değişiklikler sonucunda, vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmıştır. Dolayısı ile yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve bununla bağlantılı olarak tanısısal mantık değil, tedavi yaklaşımları da özellik arz etmektedir. Yaşlılarda hastalıkların mekanizması ve nedenleri değerlendirildikten sonra, bu duruma özgü tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Çeşitli seçeneklerin içinden etkinliği ve güvenilirliği kaliteli, bilimsel araştırma ve yayınlarla kanıtlanmış olan tedaviler seçilmeli ve özellikle ilaç tedavisinde yaşlı hastalara kişiye özgü bir dozaj şeması hazırlanmalıdır.

* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi-GEBAM

** Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Bilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme ve Yeti Yitimi

Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunların bir bütün olarak ele alınması ve yaşlı kişiye yaklaşımda “**Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme**”nin gerekliliği kabul edilmektedir. Çok yönlü ve interdisipliner bir yaklaşım yaşlıyı sadece medikal değil, psikososyal ve fonksiyonel açıdan da değerlendirme şansı vermektedir.

Geriatrik hastanın değerlendirmesi; yaşlılardaki multipl problemleri kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalı, sağlıklı yaşlanma hedefine ulaşmak için, ileri yaş grubunda karşılaşılan sorunların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden ele alınması ve bu sorunlara karşı duyarlılığın arttırılması önem taşımaktadır. Yaşlanan nüfusun, aktif yaşamın içinde olması ve yeti kayıplarının önlenmesi için, yaşlıda risk faktörleri bilinmeli ve eşlik eden hastalıklara bağlı fonksiyonel kayıplar azaltılmalıdır.

Çok yönlü geriatrik değerlendirmenin klasik medikal değerlendirmeden farkı (1):

- ✓ Özellikle fonksiyonel durum ve yaşam kalitesine öncelik tanır.
- ✓ Sıklıkla interdisipliner ekip çalışmasını ve kantitatif değerlendirme skalalarını kullanır.

Günlük yaşam aktiviteleri yeti yitimi açısından en önemli belirleyicidir. Kendilerine sorulduğunda kadınların %33.2'si, erkeklerin %29.4'ünde yeti yitimi olduğu belirtilmiştir. Yaşam boyu oran ise %4.1 olarak karşımıza çıkmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerine göre kadınların %46.8'i erkeklerin ise %71.8'i bağımsız olarak belirlenmiştir. Yaşlılarda yeti yitimi genellikle hafif ve orta düzeyde olup, sonuçta klinik pratikte amaç bu kayıptan kişiyi korumak olmalıdır (2).

Kronik Hastalıkların Yaşam Kalitesine Etkileri

Yaşlı kişilerde tedavinin primer amacı, yaşam kalitesini iyileştirmek, mortaliteyi ve sağlık bakım hizmetlerinin kullanım yüzdesini azaltmak olduğu için, klinik pratiğimizde yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri göz önünde tutmak gerekmektedir (3).

Çoğu yaşlı kişi kronik hastalıklar nedeniyle sağlık problemleri ve özürllülük ile karşı karşıya kalmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durum rölatif olarak fizik aktivite eksikliğine bağlı olabilmektedir. Hareket kısıtlılığı, ağrı ve emosyonel problemlere bağlı bu aktivite azalması sonucu kısır bir döngü olmaktadır. Ancak yine de ko-morbidite ve yaşam kalitesi ilişkisi açık değildir. Kronik hastalıkların çoğu zaman tam tedavisi olmadığı için, amaç kişiyi rahatsız eden problemleri ortadan kaldırmak ve yaşam koşullarını iyileştirmek yönünde olmaktadır. Diyabet, astım, artrit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi rölatif olarak yaygın bu dört hastalık, fiziksel fonksiyonları etkileyerek sağlıklı yaşlanma üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Özellikle de diyabet ve sağlıklı yaşlanma arasında görülen bu ilişkinin, kardiyak, podiatrik ve görme problemlerinin, bu kişilerde daha sık olması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Kronik hastalıklarda fiziksel aktivite düzeyindeki artışın yaşam kalitesini düzelttiği belirtilmektedir. Ancak kronik durumların yaşam kalitesine ne derecede olumsuz etki yaptığı açık değildir. Üstelik fiziksel aktivitenin olumlu etkisinin derecesi hakkında yorum yapmak mümkün değildir. Ancak kesin olan tek şey, yukarıda açıklanan belirleyici faktörlerin hepsinin birbiri ile yakın ilişkide olduğudur (3-5).

Yaşlı Hastaya Yaklaşımda Temel İlkeler

Geriatrik hastalar söz konusu olduğunda göz önüne alınması gereken temel ilkeler (1,5):

1. Yaşlılarda hastalıkların prezantasyonu değişkendir. Semptomlar hastalığın bulunduğu organ sisteminin semptomları olmayabilir
2. Hastalıkların prezantasyonu non spesifiktir. Yataktan çıkmama, yememe gibi sadece non spesifik yakınmalar olabilir.

3. Yaşlılarda kayıt dışı hastalıklar sıktır; hasta, işitme kaybını, inkontinansını, konstipasyonunu, gece olan bacak ağrılarını, konfüzyonunu veya diğer bazı yakınmalarını yaşlılığın doğal seyri kabul ederek öykü sırasında bildirmeyebilir.
4. Yaşlı hastalarda birçok patolojik durum aynı anda var olabilir ve bunlara yönelik bir çok ilaç da kullanılıyor veya değişik tedaviler uygulanıyor olabilir.
5. Yaşlılarda polifarmasi-çoklu ilaç kullanımı oranı yüksektir. Öykü alınırken yaşlı hasta tarafından kullanılan ilaçların tümünün hekimi tarafından görülmesi ve bilinmesi önemlidir. Reçetesiz ilaç kullanım oranı yüksektir ve ayrıca genellikle hastanın aldığı ilaç türü/ dozu ile ona reçete edilen ilaç türü/dozu arasında farklar vardır.

GERIATRİK SENDROMLAR

Ağrı

Yaşam süresinin uzaması sadece mortalite ve morbidite yönünden değil, yaşayan kişilerin yaşam kalitesi açısından da önemli sorunları birlikte getirmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşlı nüfusun %25-70'sinin kronik ağrı ile başa çıkmaya çalıştığını göstermektedir (6).

Yaşlılar kronik ağrı açısından önemli bir risk grubu oluşturmaktadır. Yaşlı hastalardaki yaygın ağrı sendromlarını bilmek, doğru tanıyı koyma ve hastayı kısıtlama riskini azaltma şansı sağlamaktadır. Bu grup hastada özellikle modifiye edilebilen ağrı tiplerinden en önemli ikisi baş ve kas-iskelet ağrısıdır. Artrit, osteoporoz, lomber stenoz gibi kas iskelet sistemine ait sendromların ve baş ağrısının sıklığı yaşla artmaktadır. 65 yaş üzeri nüfusun %80-85'inde ağrıya predispozan en az bir tane sağlık problemi olduğu ileri sürülmektedir. Tedavi edilmeyen kronik ağrı, fonksiyonel yeteneklerde azalma, bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve depresyon ile sonuçlanabilmektedir (7).

Kronik ağrı kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal hayatını, uyku, iştah ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin olarak etkilenmektedir. İleri yaşta kalıcı ağrı; depresyon, anksiyete ve ajitasyon, sosyalizasyonda azalma, iştah azalması, kilo kaybı-malnütrisyon, uyku problemleri, ambulasyonda azalma, sağlık hizmetlerinin kullanım ve maliyetinde artış, kondisyon bozukluğu ve patofizyolojik problemlere (derin ven trombozu, enfeksiyon, bası yarası, pulmoner emboli) neden olmaktadır. Ağrının düşme ile ilişkili olabileceği ancak mekanizmasının açık olmadığı belirtilmiştir. Kişinin ağrı sonrası günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik yaptığı, bu değişikliğin denge ve fiziksel performans kaybına neden olduğu, bunun yanında kullanılan ilaçların da düşme için tetikleyici olabileceği düşünülebilir (6-8).

Bakımevlerinde kalan yaşlılarda ağrı tedavisinin yetersiz yapıldığı bu durumun kognitif fonksiyonları düşük kişilerde daha belirgin olduğu rapor edilmiştir. İleri yaş kişilerde de etkin ağrı tedavisinin etik bir zorunluluk olduğu akılda tutulmalı ve bu yönde duyarlı olunmalıdır (8).

Osteoporoz ve Kalça Kırığı

Kemik kaybı 30 yaşlarında başlar, 80 yaşında pik kemik kitlesinin %30'u kaybedilmiştir. Yaşla birlikte vertebral kırık insidansı progresif olarak artmaktadır. Vertebral kompresyon kırığı; yaşam kalitesinin bozulmasına, gastrointestinal ve respiratuar sistem sorunlarında artışa, anksiyete, depresyon ve ölüme neden olabilmektedir. Çok daha önemli olan, bu hastalarda takip eden yıl içinde 5 kat fazla başka kırık riski olduğudur (9).

Sırt ağrısı bu grup hastada, en sık semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada %39.6 oranında bulunmuştur (10). Çoğu hasta sırt ağrısını yaşlanmanın bir parçası olarak algılamakta ve doktoru ile paylaşmamaktadır. Ağrı derecesi ile vertebral cismin kollaps derecesi arasında az bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Kırık ilişkili medikal sorunlar hastanın yaşantısını belirgin derecede etkilemektedir. Örneğin, torasik veya lomber kırıklı hastada, akciğer fonksiyonları belirgin derecede azalmaktadır. Çoklu kompresyon kırıkları; boyda kısalma, torasik kifozda artış, lomber lordoz kaybı ve internal organlara baskı ile sonuçlanmaktadır.

Kırık sonrası ilk 1 yılda %12-20 mortalite oranı bildirilmektedir. Morbidite ve maliyet özellikle kalça kırığı ile ilişkilidir. 80 yaşında kalça kırığı, yaşam beklentisini 1.8 yıl azaltıp, hemşire hizmetlerini arttırmakta (8 ay), ciddi boyutta hastane ve bakım masrafları ortaya çıkmaktadır. 50 yaş üstü 26.424 kişinin tarandığı FRAC-TURK çalışmasında, kalça kırık insidansının halen Avrupa'dan düşük olduğu ancak son 20 yıla göre arttığı belirtilmiştir. Yeni verilerimize göre kalça kırığı insidansı erkeklerde %3.5, kadınlarda ise %14.6'dır (9). Yeni veriler FRAX sisteminde de güncellenecektir.

Etkinliği ortaya konmuş OP ilaçları olsa da, tedavi alan kişi sayısı halen düşüktür. Yaşlı kişilerin primer tedavisinde OP tedavisine karşı bazı sorunlar bulunmaktadır. 2/3 hastada vertebral kompresyon kırık tanısı konmamıştır. Tanısı konmuş hastalar ise akut olarak tedavi edilmekte, çok azı (%18) kırık korunma açısından uzun dönem tedavi altına alınmaktadır. Radyografi ile vertebral OP kırık saptanan hastaların %47'sinde OP tanısı olduğu, %69'unun ise OP tedavisi aldığı ortaya konmuştur. Tanı ve tedavi oranı erkek hastalarda daha da düşüktür. Vertebral kırıklı hastaların sadece dörtte biri kırığı takip eden yıl ilaç tedavisi almaktadır. Kırık insidansı farmakolojik tedaviler ile %40-60 oranında azalabilmektedir. Bu sonuçlar, ileri yaş grubu için OP korunma ve tedavi ile ilgili hekimlerin eğitilmesi gerektiği gerçeğini vurgulamaktadır.

Osteoporozun korunmasında risk faktörlerinin saptanması ve azaltılması, diyet ve medikal tedavinin yanında osteoporozun çok önemli bir sonucu olan kırıkların önlenmesi önemli bir yer tutar. Bunun için ise iki önlem alınır. Birincisi kırık için risk faktörlerinin saptanması ikincisi ise kırığın önemli sebeplerinden biri olan düşmelerden korunmadır.

Düşmeler

Yaşlılardaki pek çok fizyolojik kayıp düşmeye neden olabilmektedir. Yaş (özellikle 80 yaş üstü), kadın olmak, yalnız yaşamak, sağlık problemleri, depresyon, uyku sorunları, inkontinans, baş dönmesi, hatırlama problemi, 3 veya daha fazla medikal problemi olması, kötü fiziksel fonksiyon ve mobilite sorunu düşme için belirleyici risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Düşme risk faktörleri arasında sayılan hastalıkların başında Parkinson gelmektedir. Artritler, serebrovasküler hastalıklar ve kardiovasküler hastalıklar sırasıyla risk faktörleri arasında sayılabilir. Hipotansiyon ve hipoglisemi senkopları önemli düşme nedenleridir. Özellikle insülin veya oral antidiyabetik ilaç kullananlarda hipoglisemi ataklarında düşmelere sık rastlanır. Düşme, inme sonrası da sık rastlanan komplikasyonlardan biri olup, %88 hasta düşme korkusu yaşamaktadır (11). Tekrarlayan düşmeler sonucu hastada "düşme sonrası anksiyete sendromu" gelişmekte ve immobilizasyon, kas gücü kaybı, yürüme problemi ve izolasyon ile düşme riskinin artması sonucu kısır bir döngü içine girilmektedir (12-14). Düşme, bu yaş grubunda, mortalite, morbidite, azalmış fonksiyon ve erken bakımevlerine yerleşim ile ilişkili görünmektedir (15).

Toplumsal ve sağlık personelinin bu konudaki duyarlılığını arttırmak için tüm dünyada eğitim ve tanıtma yönelik programlar uygulanmaktadır. Hastaların risk değerlendirmeleri yapılmakta ve buna uygun önlemler alınmaya çalışılmaktadır. Ancak bu önlemlere rağmen bir takım kısıtlayıcı faktörler de bulunmaktadır. Bir grup sağlık personeli düşmelerin önlenemez olmadığını düşünmektedir. Diğer bir grup ise, bunu nasıl yapacağı konusunda bilgi sahibi değildir. Toplum bilincinin geliştirilmesi, sağlık sigorta sistemi, kurum ve örgütlemelerin bu konudaki çabaları da yetersiz kalabilmektedir (13,14).

Kırılganlık (Frailty)

Kırılgan yaşlı sendromu, geriatrik sendromlardan biri olup, oluşan strese artmış hassasiyet olarak tanımlanmakta ve birbiri ile ilişkili pek çok sistemde bozulma ile seyretmektedir (16-18). 65 yaş üstü kişilerin %7'sinde, 80 yaş üstü kişilerin %30'unda bu sendroma rastlanmaktadır (19). Beslenme yetersizliği, bağımlılık, uzamış yatak istirahati, basınç yarası, yürüme bozukluğu, genel güçsüzlük, çok ileri yaş, kilo kaybı, anoreksi, düşme korkusu, demans, kalça kırığı, deliryum, konfüzyon, ev dışına az çıkma ve çoklu ilaç kullanımı kırılgan yaşlının özellikleri olarak tanımlanmıştır (16-19). Fiziksel, psikolojik-kognitif ve sosyal yönü olan, çok yönlü bir sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Fiziksel yönden; kilo kaybı ve sarkopeni ile birlikte ciddi vücut kütle kaybı, el sıkma gücünde azalma, dayanıklılıkta azalma, bitkinlik, yavaş motor performans (yürüme hızında azalma, azalmış denge) ve düşük enerji tüketimi ve ilişkili düşük fizik aktivite olarak tanımlanmaktadır (16). Bu konu

üzerine yoğunlaşan araştırmacılar, sendromun erken evrede tanınmasının zor olduğunu, bilinen bir kronik hastalığı yoksa klinik pratikte tanınmadığı yönünde görüşler bildirmektedir. Fizyolojik kapasitede azalma, organ fonksiyonlarında bozulma, fonksiyonel kapasite kaybı yaşlanmanın karakteristik özelliklerinden olduğu için, bazı yazarlara göre kesin olarak, ileri evre yaşlanmayı bu sendromdan ayırmak oldukça zordur (17,20).

Kırılgan yaşlı ve koroner kalp hastalığı, Parkinson, inme, Alzheimer, derin ven trombozu, özafajit gibi klinik pek çok hastalık arasında ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Sarkopeni ile ilişkisi de mutlaka akılda tutulmalıdır (17,20).

Günümüzde bu sendromla ilgili çalışmalara ilgi giderek artmaktadır. Hastalık, diğer pek çok geriatrik sendromla birlikte geliştiği için neden ve sonuç ilişkisi yapılamamaktadır. Bu da risk faktörlerinin ortaya konulmasını güçleştirmektedir. Şu ana kadar ne patofizyoloji, ne tanı ne de tedavi ile ilgili kabul gören veriler ortaya konmamıştır. Medikal tedavi açısından en zorlu tablolardan birisidir. Bu sendrom ve risklerine karşı duyarlılığın artması, bu hastalara daha etkin şekilde yardımcı olmamıza ve yan etkilerin azalmasına neden olmaktadır. Son veriler kırılabilirlik fenotipinin geri dönüşümü ve/veya önlenmesi fikrini desteklemektedir. Fizik aktivite ve egzersiz, hormon replasman tedavisi, beslenme kontrolü ve ek hastalıkların tedavisinin tedavide etkin olabileceği yönünde düşüncelerle ilgili çalışmalar halen devam etmektedir (21,22).

Inkontinans

İdrar inkontinansı ileri yaş grubunda oldukça sık rastlanan ancak diğer geriatrik sendromlara göre, göz ardı edilen bir klinik tablodur. Kadınlarda %15-34, erkeklerde %7-15 sıklığında görüldüğü bildirilmektedir (23,24). İnkontinans, klinik, psikolojik ve sosyal yönden kişinin yaşamı önemli derecede etkileyen bir tablodur. Anksiyete, depresyon, bağımlılık ve sosyal izolasyon riski oluşturmaktadır. Düşmelerle ilişkisi ortaya konmuştur. Gün içindeki anormal uyku iki kat, aşırı sıkışma inkontinansı ise 1.76 kat düşme riskini arttırmaktadır (25,26). Kişinin bakıma muhtaç hale gelmesi, tedavi (ped, bez, ilaç, cihaz, cerrahi) ve komplikasyon masrafları, üretkenliğin azalması nedeniyle, bu klinik tablo ile ilgili maliyet hesapları da oldukça yüksek çıkmaktadır (12,24).

İleri yaş grubunda üriner sistem enfeksiyonlarına da sık rastlanmaktadır (26) Hastanede yatan yaşlılarda %34 oranında gözlenmektedir (27). Yaşlılarda saptanan enfeksiyonların %25'inden üriner sistem sorumludur. Morlalte ve morbidite açısından akılda tutulması gerekir (25).

Hem yaşam kalitesi hem de düşmeler nedeniyle, inkontinans tedavisi konusunda sağlık personelinin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Tedavide amaçlar, sağlıklı mesane ve barsak alışkanlığı oluşturulması, koruyucu önlemler, kaçakların sayısının azaltılması, idrar kaçırmanın olumsuz etkilerinin önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Sonuçta, etkin ve doğru tanı sonrası pek çok hasta non-invaziv tedavi seçenekleri ile başarılı şekilde tedavi edilebilmektedir.

Uyku Bozuklukları

İleri yaşlarda uyku problemleri oldukça yaygın olarak görülmektedir. Uyku problemleri, doğal yaşlanma sürecindeki fizyolojik değişiklikler, altta uyku hastalığı olması, sirkadiyen ritm değişiklikleri, medikal ve psikiyatrik hastalıklar, ilaçlar, alkol ve kafein tüketimi ve olumsuz uyku alışkanlıkları ile ilişkili görünmektedir. Uyku yoksunluğu, kognitif ve motor performans ve duygu durum üzerine olumsuz etki yaratmaktadır. Uyku yoksunluğu veya bölünmesine bağlı ortaya çıkan, dikkatte, uyanırları anlayabilme kabiliyetinde ve uyanıklıkta azalma, ayak takılması ve düşmeler ile sonuçlanabilmektedir (12,28).

İleri yaşta yaygın olarak uyku-uyanıklık siklusundan bozulma göze çarpmaktadır. %50'den fazla yaşlı uykuya başlama ve devam ettirme sorunu yaşamaktadır. Dinlenmemiş uyanma, erken kalkma, uykuya dalmada güçlük, gündüz uyuklama, gece sık uyanma en sık ortaya konan şikayetlerdir. Hastane ortamı (vital bulguların sık kontrolü, diğer hastaların ve hastanedeki cihazların gürültüsü veya kronik hastalığın neden olduğu depresyon) uyku bozukluğuna yol açabilmekte ve yaşlı hastanın gün boyunca halsiz kalmasına neden olmaktadır (28). Uyku bozukluğuna eşlik eden başka patolojilerin olup olmadığı da mutlaka araştırılmalıdır. Deliryum, demans, ilaç toksitesi, depresyon, anksiyete, huzursuz bacak sendromu, kronik ağrı sendromu, semptomların gece belirginleştiği konjestif kalp yetmezliği veya anjina varlığı bu açıdan önemlidir (29). Uyku sorunu kognitif bozulmayı, morlalte ve morbidite oranlarını arttırmaktadır.

Uyku sorunlarının etkin tedavisi için öncelikle kişinin çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavide amaç, morbiditeyi azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler birlikte kullanılmalıdır (28,29).

Deliryum

Yaygın bu klinik sendrom kendini akut kognitif disfonksiyon ve dikkatsizlik ile göstermektedir. Geçmişte akut ve geçici bir tablo olarak tanımlanırken, günümüzde artık kronik ve kalıcı olabildiği bilinmektedir. Uzun dönemde de kişide kognitif değişikliklere neden olmaktadır. Deliryum ileri yaş grubunda, fonksiyonel bozulma, bağımsızlık kaybı, kuruma yerleşme ve ölüm gibi olaylar zincirinin başlatıcı veya anahtar parçası olduğu düşünülmektedir. Toplumdaki genel prevalansı %1-2 olmasına karşın genel hastane yatışına baktığımızda bu oran %14-24'lere çıkmaktadır (21,22). Hastaneye yatış döneminde ise, özellikle postoperatif, yoğun bakım, subakut ve palyatif bakım kliniklerinde, insidans %6'dan %56'lara kadar artabilmektedir. Etiyoloji farklı ve multifaktördür. Risk faktörleri olarak; demans veya kognitif bozukluk, ileri yaş, deliryum veya nörolojik hastalık öyküsü, ek hastalıkların çokluğu, erkek cinsiyet, kronik renal veya hepatik hastalık, duysal bozukluk, immobilizasyon, ilaçlar (sedatif hipnotik, narkotik, antikolinergik, steroid, polifarmasi), akut nörolojik hastalık, cerrahi, çevre, ağrı, emosyonel distres, uyku yoksunluğu, metabolik bozukluk sayılabilir. Patofizyoloji tam olarak anlaşılmış değildir. Ancak şu andaki kanıtlar; ilaç toksikasyonu, inflamasyon ve akut stres cevaplarının nörotransmisyonunda bozulmaya neden olarak deliryum tablosu yarattığı yönündedir. Klinik öykü, davranış izlemi ve kognitif değerlendirme ile tanı konabilir. Önlenbilir ve tedavi edilebilir olmasına karşın, patofizyolojinin tam anlaşılammaması, klinik pratikte sıklıkla gözden kaçması ve tanı konulamaması nedeniyle tedavi başarısı düşüktür. Genellikle tedavi stratejisi koruma ve semptom yönetimine odaklanmıştır (21,22).

Malnütrisyon

Yaşlı hastalarda karşılaşılan genel bir problemdir. 413 yaşlının alındığı ülkemizden yapılan bir çalışmada %44 oranında bulunmuştur (30). Diğer geriatrik sendromların varlığı (depresyon, demans), fonksiyonel bağımlılık ve hastaneye yatış ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (30). Düşük kalori ve protein alımı sonucu ortaya çıkar. Tehlikeli boyutlara ulaşıldığında hastanede kalış ve komplikasyonlarla karşılaşılır. Yaşlı grupta, dış sorunları, gastrointestinal sistem bozuklukları, kardiyovasküler bozukluklar, baskılanmış immun sistem, kanser, endokrin problemler, nörolojik ve kognitif fonksiyonlarda değişiklik, hareket kısıtlılığı, uykusuzluk ve depresyon başta olmak üzere psikolojik sorunlar sonucu kişinin beslenme durumu değişiklik gösterir ve bazen bu değişiklikler sorun yaratacak boyutlara gelir. İleri yaşta azalmış sindirim ve emilim kapasitesi, azalmış tat ve koku duyusundan dolayı daha az yemek yendiği belirtilmektedir. İleri yaşlarda ortaya çıkan azalmış kalori gereksinimi, bozulmuş glikoz toleransı, serum trigliserid ve kolesterol seviyelerinde yükselme, yüksek biyolojik değerlerdeki protein gereksinimi, susama yokluğu gibi metabolik değişiklikler de göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle yalnız yaşayan ve ekonomik sorunu olan yaşlılarda bu soruna daha sık rastlanmaktadır. Gerekli önlemlerin zamanında alınması, oluşabilecek komplikasyonları önleyecektir (5).

İlaç Kullanımı

Yaşla ilişkili değişiklikler ve ek hastalıklar ilaçların yan etkilerinde belirgin artışa neden olmaktadır. Uygunuz çoklu ilaç kullanımı ve reçetelenmesi yaşam kalitesinde bozulmalar ve ilaç ilişkili mortalite ve morbidite artışı ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum aynı zamanda tedavinin komplike hale gelmesi, maliyet artışı ve sağlık sigorta sistemlerinde sorunlara neden olmaktadır (31).

Polifarmasi yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, emeklilik, kronik hastalıklar ile ilişkili bulunurken, Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden 1430 yaşlının değerlendirildiği bu çalışmada eğitim durumu ile ilişki saptanmamıştır (31).

Aile hekimleri tarafından, yaşlıların reçeteme olmadan, NSAI, antibiyotik, vitamin ve mineral ilaçları ve kardiyovasküler sistem ilaçlarının kullanıldığı fark edilmiştir (32). Maksimum etkinlik, güvenlik, hasta uyumu ve maliyet tüm yaş gruplarında önemli iken ileri yaşta tüm bu hedeflere ulaşmak oldukça zor olmaktadır (33).

İhmal Sendromu (Self-Neglect) ve Suistimal

İhmal sendromu, ileri yaş kişilerde sağlık ve temizliğe dikkat etmeme, hareketsizlik, yeteneksiz veya isteksizlikten ileri gelen sorunlar gibi karmaşık davranış spektrumu ile kendini gösteren bir tablodur. Son dönemde artan ve yeni tanınmaya başlayan bu sendrom, yurtdışındaki yetişkin koruyucu servislerini en sık arama nedenleri arasında yer almaktadır. Yeni elde edilen yayınlar ve veriler bu konuya dikkat çekmeye başlamıştır. 1/5 yaşlıda ihmal karşımıza çıkmaktadır (34). Demans, depresyon, obsesif bozukluk, alkolizm gibi psikiyatrik ve medikal problemler neden olan veya katkıda bulunan faktörler olarak düşünülmektedir. Literatürde tek bir etiyolojik faktör ortaya konulamamaktadır. Yayınlanan çalışmalar, vaka sunumları şeklinde ve kesitsel olduğu için, gerçek risk faktörü bilinmemektedir. Ancak medikal (anemi, enfeksiyon, obesite, malignite, kalp yetmezliği, inme, görme-ışıtme problemleri) ve psikiyatrik (depresyon, şizofreni, alkolizm, anksiyete) pek çok sorunun tetikleyici olduğu söylenebilir. Medikal ve psikiyatrik bu problemlerin, medikal, rehabilitatif, sosyal ve davranışçı tedavileri ile tedavisi sıklıkla mümkün olabilmektedir. Diğer geriatrik sendromlarla ilişkisine bakıldığında, kognitif yetmezlik ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu hastaların fonksiyonel kapasitelerinde azalma görülsede bunun sendrom ile ilişkisi açık değildir. Ancak, bu sendromun mortaliteyi arttırdığı ortaya konmuştur. Sendromu tanımlayıcı herhangi bir kriter olmadığı için tanıda zorluklar yaşanmaktadır. Geriatrik sendromlar içinde isimlendirilmesi yeni olsa da, klinik önemi, erken tanınması ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması yönüyle hekimlerde hastalık bilincinin oluşturulması önemlidir (21,22).

Ülkemizde kötüye kullanılma açısından bakıldığında, en sık psikolojik suistimal en az da seksüel suistimal gözlenmiştir. Yaşlılarda suistimal daha az sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. (34). Kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, çocuklarla beraber yaşam ve aile ilişkilerinin orta veya daha kötü olması ile suistimalin arttığı gözlenmiştir (35).

YAŞLILIK DÖNEMİNDE SIK RASTLANAN HASTALIKLAR

Ülkemizde bölgesel olarak yapılmış ve yaşlıda sık rastlanan hastalıkların prevalansı ile ilgili bazı çalışmalar bulunmaktadır. 236 yaşlının alındığı bir çalışmada, yaşlıda rastlanan en sık kronik hastalıklar olarak, hipertansiyon (%44.1), kalp hastalıkları (%25.4), romatizmal hastalıklar (%27.5), diabet (%14) ve osteoporoz (%9.7) bulunmuştur (36). 619 yaşlının alındığı başka bölgeden yapılan bir çalışmada ise, kardiyovasküler hastalıklara (HT, aterosklerotik kalp hastalığı, aritmi, kalp yetm) %74.3, endokrin hastalıklara (DM, tiroid hast vs) %34.5, gastrointestinal sistem hastalıklarına %33.7, solunum hastalıklarına %23.9, enfeksiyonlara %15.9 oranında rastlanmıştır (37). 20 FTR polikliniğine başvuran 65 yaş üzeri toplam 820 hasta alındığı çalışmada ise, %86'sının bir veya daha fazla komorbid hastalığı mevcut olup, en sık hipertansiyon (HT) daha sonra mide ve kalp hastalıkları olduğu görülmüş. %16.5'nin düşme öyküsü mevcut imiş. Omurga deformitesi, omurga ağrısı, idrar kaçırma, görme sorunu, yutma güçlüğü, duymada azalma, denge ve diş sorunu 75 yaşın üzerindekilerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (38). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaları değerlendiren bir çalışmada ise, %27.8 hastada DM, %47.5 hastada HT gözlenmiştir (39).

Kanser

Günümüzde kanser tanılarının yaklaşık yarısı 70 yaş üstü kişilere konulmaktadır. 50 yaş üstü kolorektal kanser prevalansı ve mortalitesi artmaktadır. Tarama ile erken tanı amaçlanmaktadır. Meme kanseri kadınlar arasındaki en sık ve kanserden ölüm nedenleri arasında 2. sırayı almaktadır. Ülkemizde yapılan bir meme kanseri tarama çalışmasında 77.934 kadın değerlendirilmiş, bunların 51.706 tanesi muayene edilmiştir. Kümülatif insidans 7.5/10.000 ve muayene edilenler içinde ise 10.1/10.000 olarak bulunmuştur (40). Kadınlarda 2. sıklıkta görülen kanser tipi serviks kanseri olup, ölüm sebepleri arasında 3. sırada yer almaktadır. İnvaziv serviks kanserinin hem insidans hem de mortalitesi yaşla birlikte artmaktadır. Serviks kanserinden ölen kadınların %40-50'si 65 yaş üzerindedir. Düzenli takip ile risk %80 azalmaktadır. Prostat kanseri de ilerleyen yaşla birlikte insidans ve mortalitesi artan bir kanserdir. Kanser tanısı konan erkeklerin %81'i 65 yaş ve üzerindedir (41). Ürolojik maligniteler yaşlılarda gençlerden fazla görülmektedir. Türkiye'de erkeklerde, akciğer ve gastrik kanser sonrası en sık

prostat kanseri karşımıza çıkmaktadır (42). Renal pelvis tümörleri kadınlarda, böbrek ve mesane tümörleri de biraz daha fazla olarak erkeklerde görülmektedir (42).

İleri yaş grubu kanserlerde sistemik fonksiyonlar ve geriatrik değerlendirme büyük önem taşımaktadır.

Kardiyovasküler Sorunlar

İnme ve kardiyovasküler olaylar açısından risk faktörü olan hipertansiyon saptanması ve etkin tedavisi önemlidir. Düzenli kan basıncı takibi, hiperlipideminin önlenmesi ve 65 yaş üstü riskli hastalarda (sigara içen, diabetik, hipertansif) tarama yapılması önerilmektedir.

TEKHARF Çalışması'nda, 2009 taramasında da koroner ve serebrovasküler ölümler genel mortalitede yarıdan yüksek paya sahip bulunmuştur. Koroner kökenli ölümler 45-74 yaş kesiminde 1000 kişi-yılında 5.2 gibi yüksekliğini sürdürmektedir (43).

Koroner kalp hastalığından ölüm 45-74 yaş kesiminde son 8.5 yılda erkekte 1000 kişi-yılında 7.1, kadında 3.5 olarak belirlenmiş ve Avrupa ülkelerine kıyasla yüksek bulunmuştur (44).

Avrupa Kardiyoloji Derneği, EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) ismiyle, KVH olan hastalarda yaşam tarzı ve risk faktörü modifikasyonu ve ilaç tedavilerinin etkilerini araştırmak amacıyla üç çalışma gerçekleştirmiştir. Dokuz ülkenin (Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, Hollanda, Slovenya ve İspanya) dahil edildiği EUROASPIRE I (45)1995-96 yıllarında, EUROASPIRE II (46)(bu ülkelere ek olarak Belçika, Yunanistan, İrlanda, Polonya, İsveç ve İngiltere) 1999-2000 yıllarında ve EUROASPIRE III (47)Türkiye'nin de dahil edildiği 22 ülkede (İsveç hariç, Bulgaristan, Hırvatistan, Kıbrıs, Litvanya, Letonya, Romanya, Rusya ve Türkiye) 2006-07 yıllarında yapılmıştır. EUROASPIRE III, koroner kalp hastalığı (KKH) olan hastaların yeni Avrupa KVH Korunma Kılavuzu önerilerine göre izlenip izlenemediğinin ve bu hastaların EUROASPIRE I ve II ile karşılaştırıldığında, koruyucu kardiyoloji pratiğinde ilerleme olup olmadığının araştırılması amacıyla planlanmıştır. Türkiye için EUROASPIRE III çalışmasının sonuçları, Avrupa'daki diğer ülkelere benzer bir biçimde, koroner hastalarının birçoğunda kardiyovasküler korunma kılavuzlarında belirlenen yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi hedeflerine ulaşılamadığını göstermektedir. Genç ve büyük bir nüfusa sahip olan Türkiye'nin koroner olay sırasındaki yaşın 50'den küçük olduğu grupta en yüksek oranla birinci sırada bulunması oldukça önemli bir farklılık olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, hasta taburcu notlarına bakıldığında, risk faktör hikayeleri ve ölçümleri hakkındaki bilgi yetersizliği Türkiye'de çok daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Sigara içiciliği Türkiye'de hem erkekler hem de kadınlarda önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Özellikle batılı ülkelerde sigara kullanımı sıklığı son onlu yıllarda azalma eğilimi gösterirken, ülkemizde yaklaşık %20 oranında artış göstermiştir (48). Yapılan çalışmalar erkek nüfusun en az yarısının sigara içtiğini göstermektedir. EUROASPIRE III ülkelerinin birçoğunda olduğu gibi, Türkiye'de de hastaları sigarayı bırakma kliniklerine yönlendirmenin oldukça az olduğu göze çarpmaktadır. Türk Kalp Çalışması, ülkemizde HDL-kolesterol düşüklüğünün gösterildiği ilk çalışmadır (49). Bu çalışmada ortalama HDL düzeyleri erkekler için 38.3 mgr/dl, kadınlar için ise 45.5 mgr/dl olarak bildirilmiştir. EUROASPIRE III sonuçları, ülkemizde koroner arter hastalarında HDL-kolesterol düşüklüğünün önemini vurgulamaktadır. Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıklardan biri de taburculuk sonrası ilaç kullanımı ile ilgilidir. Özellikle lipit düşürücü ilaç kullanımı izlemde belirgin olarak azalmaktadır.

EUROASPIRE III çalışması, Türkiye'de de Avrupa'ya benzer şekilde kardiyovasküler korunma hedeflerinin gerisinde kaldığını göstermiştir. Avrupa ile kıyaslandığında en önemli farklılıklar, miyokard enfarktüsü-lü genç hastaların daha fazla olması, sigaraya devam etme ve hareketsizlik oranlarının daha yüksek olması, düşük HDL-kolesterol düzeylerinin daha önemli bir etmen olması, indeks olay sonrasında hekim tarafından izlenmeme ve eğitilmeme oranlarının daha fazla olarak saptanmıştır (50).

Pulmoner Sorunlar

KOAH ileri yaş kişilerde en sık rastlanan hastalıklardan birisidir. Bu duruma rağmen tanı konmayan ve tedavi almayan yaşlıların sık olması halen önemli bir problemdir. 18 yaş üstü 1270 kişinin tarandığı bölgesel bir

çalışmada, 45 yaş üstü KOAH prevalansı %11.5 olarak bulunmuştur (51). Yaş, cinsiyet, kırsal alanda yaşamak ve düşük gelir risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bazı hastalar kırılğan olup, yetersiz homeostatik mekanizmalar, bozulmuş fizyolojik sistemler ve kısıtlı fonksiyonel rezerv ile karşımıza gelmektedir. İlaç seçimleri; ek hastalıklar, polifarmasi ve yaş ilişkili farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikleri, yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve tedaviye direnç göz önüne alınarak yapılmalıdır.

İnme

40 yaş üstü kişilerde en yaygın dizabilite ve 3. en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de erkeklerde ölümlerin %14.5’inden, kadınlarda %15.7’sinden sorumlu tutulmaktadır. İskemik inme yaşı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda inmeye bağlı ölüm ve yaşam boyu inme geçirme riski, yaşam süreleri erkeklerden daha uzun olduğu için daha fazla gözlenmektedir. Literatürle uyumlu olarak ülkemizde de, sigara, koroner arter hastalığı ve periferik arter hastalığı erkeklerde, hipertansiyon ve atrial fibrilasyon kadın inmeli hastalarda daha sık görülmektedir. Geniş arter aterosklerozu erkeklerde, kardiyoembolizm ise kadınlarda daha sık saptanmıştır. İyileşme açısından kadın olmak kötü prognoz kriterlerinden sayılmaktadır (52,53).

Demans-Parkinson

İleri yaş grubunda demans yaygın bir tanı olup, ilerleyen yıllarda artış göstermektedir. Klinik seriler ve otopsi çalışmalarında Alzheimer hastalığı yaşlılarda demansın en sık nedeni olarak sayılmaktadır. 765 yaş üstü her 5 yılda bir insidans 2 kat artmaktadır (54). 50 yaş üstü 1019 yaşlıda yapılan Türkiye çalışmasında demans prevalansı %20, muhtemel Alzheimer hastalığı prevalansı ise %11 bulunmuştur (55). Orta Anadolu bölgesinde yapılan ve 50 yaş üstünün değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, genel prevalans %8.4, 55-59 yaş aralığında %2.2, 60-64 yaş arasında %5.3 ve 75 yaş ve üstünde %30.4 olarak saptanmıştır (56). Aynı çalışmada vasküler demans en yaygın tip olup (%51.1), Alzheimer demans %48.8, B12 eksikliği ve tümöre bağlı diğer nedenler ise %0.1 oranında görülmekte imiş. Risk faktörleri olarak, kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, yaş, aile öyküsü ve kırsal kesimde yaşamak belirlenmiştir.

Parkinson hastalığı sonrası demans başlama süresi ortalama 10 yıl olarak belirtilmesine rağmen hastalar arasında farklı varyasyonlar göstermektedir. İleri yaş, ciddi parkinsonizm, rijidite, postural instabilite, yürüme bozuklukları ve başlangıçta ılımlı kognitif bozulma temel risk faktörleri olarak sayılmaktadır (57).

Demans yaşlılarda disabilitenin önemli nedenlerinden sayıldığı için, erken dönemde semptom ve bulguların farkedilmesi modifiye edilebilen risk faktörlerini tanımlamak açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında, tanı sonrası beklenen yaşam süresi yaklaşık 7 yıldır. %3’den daha az hasta 14 yıldan uzun yaşamaktadır. Tüm gelişmelere rağmen, önleme ve kognitif, davranışsal ve psikolojik semptomların tedavi yöntemlerinde istenen başarıya ulaşılamamıştır.

Kas-İskelet Sorunları

Kas iskelet sistemi yaşlanması ile ilişkili kronik tablolar ağır fonksiyonel ve ekonomik yüke neden olmaktadır. 65 yaş üzeri kişilerde kronik yeti yitimine en sık sebep olan problemler kas iskelet sistemi hastalıklarıdır. Bu durum; yaşlılarda kas iskelet sistemi hastalık prevalansının yüksek olması ve fiziksel fonksiyonun temelini kas iskelet sisteminin oluşturmasından kaynaklanabilmektedir. Osteoartrit (OA) ve osteoporoz (OP), yaşlı popülasyonda yüksek oranda özürüllüğe neden olan kronik kas iskelet sistem hastalığı tablolarından ikisidir. Yaşlılarda özürüllüğe neden olan önemli diğer durumlardan biri ise, sarkopeni veya iskelet kas kaybıdır. Bunun dışında ileri yaş grubunda; postür sorunları, kas güçsüzlüğü, kontraktürler, postpolio sendromu, OA dışındaki romatizmal sorunlar, artroplasti (kalça-diz) uygulamaları, omurga sorunları ve travma gibi kas iskelet sistemi problemleri, kişinin günlük yaşam aktivitelerinde sorunlara neden olarak toplum içinde bağımsız yaşayabilirliğini etkilemektedir. Oysa ki, kas iskelet sistemi hastalıklarının bir kısmı önlenabilir özellik taşımaktadır.

Sonuç olarak, yaşlanmaya bağlı yeti kaybının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, yaşlanmanın altında yatan yapısal

ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlığa kavuşması; yaşlı sağlığı ile ilgili bilimlere sadece gereksinimin değil, ilginin de artmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı toplumsal sorunların maliyetinin gerekli tedbirler alınmaması halinde hızla artacağı öngörülmekte ve gelişmiş ülkelerde geriatrik hasta yaklaşımının hem birinci basamakta koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında, hem de ilgili dallarda uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması, ileri yaştaki kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması konuları gündemde tutulmaktadır.

Hastalık ve yeti kaybı gibi risklerin yaşlı insanlarda belirgin bir artış göstermesine karşın, sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Çoğu kronik hastalığa bağlı yeti kaybı ve ölüm koruyucu önlemlerle azaltılabilir. Bu aşamadaki en önemli kritik sorun yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır.

Yaşlılarda sık görülen hastalıklara yönelik tedavilerin seçiminde kronolojik yaştan ziyade fizyolojik yaştan göz önüne alınması gerektiği unutulmamalıdır. Morbidite, mortalite ve sağlık sistemi harcamaları da göz önüne alınarak, öncelikle koruyucu yaklaşımlar uygulamaya konmalı; erken tanı ve etkin tedavi yöntemlerinin ileri yaş grubunun yaşam kalitesini artıracak göz önünde bulundurulmalıdır (9,10, 21,22).

KAYNAKLAR

1. Gokce-Kutsal Y. Aging in Turkey. In: Palmore E, Whittington F, Kunkel SR (Eds): International Handbook on Aging. The Current Research and Developments, USA, Greenwood Publishing Group, ABC CLIO Press. 2009; pp 579-592
2. Arslan S, Gökçe-Kutsal Y. A multicenter epidemiological study to evaluate the prevalence of disability in the elderly. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:103-14.
3. Eyigor S. Yaşam Kalitesi. In: Gökçe-Kutsal Y (Ed): Geriatrik Rehabilitasyon, TFTRD Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu Yayını, İstanbul, 2010, pp 82-93.
4. Arslan S, Gokce-Kutsal Y. Quality of life assesment in geriatrics. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:173-8.
5. Troisi J, Gokce-Kutsal Y (Eds) Aging in Turkey, Hacettepe University Research and Application Center of Geriatrics Sciences-GEBAAM and International Institute on Aging-INIA publication, Malta, Veritas Press, 2006; pp 23-105.
6. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. Clin Geriatr Med 2005;21:465-90.
7. Perret DM, Rim J, Cristian A. A geriatrician's guide to the use of the physical modalities in the treatment of pain and dysfunction. Clin Geriatr Med 2006;22:331-4.
8. Schneider H, Cristian A. Role of rehabilitation medicine in the management of pain in older adults. Clin Geriatr Med 2008;24:313-4.
9. Tuzun S, Eskiuyurt N, Akarirmak U, Saridogan M, Senocak M, Johansson H, Kanis JA; Turkish Osteoporosis Society. Incidence of hip fracture and prevalence of osteoporosis in Turkey: the FRACTURK study. Osteoporos Int. 2012 Mar;23(3):949-55.
10. Gokce-Kutsal Y, Ozdemir O, Karahan S, Akyol Y, Borman P, Dogan A, Eyigor S, Guzel R, Ortancil O, Savas S, Senel K, Turhanoglu AD. Musculoskeletal pain in osteoporotic elderly patients; A multicenter study. Turkish Journal of PMR. 2011; basımda.
11. Bugdayci D, Paker N, Dere D, Özdemir E, Ince N. Frequency, features, and factors for falls in a group of subacute stroke patients hospitalized for rehabilitation in Istanbul, Arch Gerontol Geriatr 2011; 52:215-9.
12. Lawhorne LW, Ouslander JG, Parmelee PA, Resnick B, Calabrese B. Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. J Am Med Dir Assoc 2008;9:29-35.
13. Moylan KC, Binder EF. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. Am J Med 2007;120:493.
14. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006; 35 Suppl 2: ii37-41.
15. Swift CG. The role of medical assessment and intervention in the prevention of falls. Age Ageing. 2006;35 Suppl 2:ii65-ii68.
16. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. Cleve Clin J Med 2005;72:1105-12.
17. Bauer JM, Sieber CC. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. Exp Gerontol. 2008;43:674-8.
18. Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. Am J Cardiol 2009;103:1616-21.
19. Topinková E. Aging, disability and frailty. Ann Nutr Metab 2008; 52 Suppl 1:6-11.
20. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62:731-7.

21. Eyigor S. Geriatric syndromes. *Turk J Phys Med Rehab*, 2009; 55 Suppl 2:57-61.
22. Eyigor S, Gokce Kutsal Y. Approach to the Frail Elderly, *Turk J Phys Med Rehab*, 2010;56:135-40.
23. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55:780-91.
24. Gibbs CF, Johnson TM 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. *Am J Med* 2007;120: 211-20.
25. Teo JS, Briffa NK, Devine A, Dhaliwal SS, Prince RL. Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Aust J Physiother* 2006;52:19-24.
26. Foxman, B. 'Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs.' *The American Journal of Medicine* 2002;113, Suppl 1A:5S-13S
27. Saçar, S. Evaluation of geriatric infections in 50 cases', *The Pamukkale Medical Journal*, 2008;1:84-6.
28. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev* 2011;21:41-53.
29. Vaz Fragoso CA, Gill TM. Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1853-66.
30. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes 2010;29:745-8.
31. Gökçe Kutsal Y, Barak A, Atalay A. Polypharmacy in the Elderly: A multicenter study, *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:486-90.
32. Atalay A, Gokce Kutsal Y, Ozcakar L. Musculoskeletal problems and drug use in elderly perspective of the general practitioners. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;14:103-7.
33. Gokce Kutsal Y. Polypharmacy in elderly. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9, Special Issue: 37-44
34. Keskinoglu P, Pıçakciye M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2007;19:719-31.
35. Kissal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey, *Soc Work Health Care* 2011;50:158-75.
36. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile Yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000;3:91-7.
37. Karaoğlu N, Karaoğlu MA. Özel bir hastanenin dahiliye polikliniğinde yaşlı hastalıkları ile ilgili bir çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12:130-7.
38. Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, G, et al. Identifying the Characteristics of Geriatric Patients who Referred to Outpatient Clinics of Physical Medicine and Rehabilitation: A Multicenter Descriptive Study *Turk J PMR* 2011;57:143-9.
39. Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. *J Clin Nurs* 2010 May;19(9-10):1315-25.
40. Hayran M, Abali H, Kilickap S, Menten T, Aksoy H, Kemik A, Gokce H, Gokdemir H, Toplar S, Kaya D, Isbir GG. Socio-demographic parameters in screening for breast cancer: Lessons from a population-based women's Health Project held in a province in Turkey. *J BUON* 2010;15:726-31.
41. Takahashi PY, Okhravi HR, Lim LS, Kasten MJ. Preventive health care in elderly population: a guide for practicing physicians. *Mayo Clin Proc* 2004;79:416-27.
42. Aydın S. The incidence of urinary cancers in Turkey. *The Journal of Turkish Urology* 2007;33:392-7.
43. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis* 2001;156:1-10.
44. Onat A, Uğur M, Çiçek G, Ayhan E, Doğan Y, Kaya H, Can G. TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski. *Arc Turk Sc Cardiol* 2010;38:159-63.
45. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. *Eur Heart J* 1997;18:1569-2.
46. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-72.
47. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:121-37.
48. Hodoğlu U, Mahley RW. Smoking and obesity make a bad problem worse: genetics and lifestyle affect high density lipoprotein levels in Turks. *Anadolu Kardiyol Derg* 2006;6:60-7.
49. Mahley RW, Palaoglu KE, Atak Z, Dawson-Pepin J, Langlois AM, Cheung V, et al. Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins. *J Lipid Res* 1995;36:839-59.
50. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010;38:164-72.

51. Deveci F, Deveci SE, Türkoğlu S, Turgut T, Kirkil G, Rahman S, Açıık Y, Muz MH. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazığ, Eastern Turkey. *Eur J Intern Med* 2011;22:172-6.
52. Yesilot NF, Koyuncu BA, Coban O, Tuncay R, Bahar SZ. Gender differences in acute stroke: Istanbul medical school stroke registry. *Neurol India* 2011;59:174-9.
53. Akgun S, Rao C, Yardim N, S, et al. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. *Eur J Public Health* 2007;17:593-9.
54. Işık AT. Late onset Alzheimer's disease in older people. *Clin Inter Aging* 2010;5:307-11.
55. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, et al. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008;23:67-76.
56. Arslantaş D, Ozbabalık D, Metintaş S, Ozkan S, Kalyoncu C, Ozdemir G, Arslantas A. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci* 2009;16:1455-9.
57. Emre M, Aarsland D, Brown R, B. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007;15;(22):1689-707.

YAŞLANMA VE KRONİK HASTALIKLAR; TÜRKİYE PERSPEKTİFİ

Nazan YARDIM*

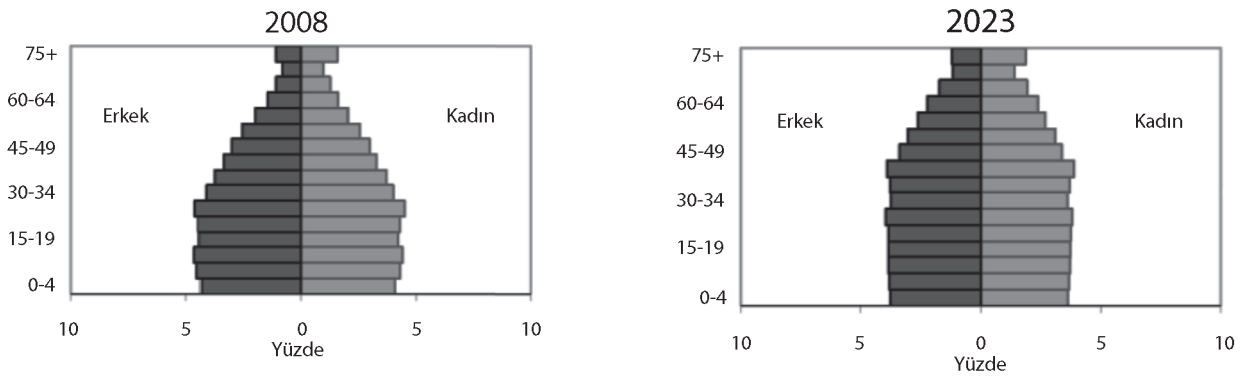
ÖZ

Ülkemizde demografik yapı değişmekte yaşlı nüfus artmaktadır. 2010 yılında 65 yaş üzeri nüfus %7; 60 yaş üzeri nüfus %10'dur. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. 60 yaş üzeri ölüm nedenlerinde ilk üç sırada iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH gelmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumları önleme ve kontrol çalışmaları kapsamında birçok çalışma yürütülmekte, STK ile işbirliği yapılmaktadır. Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi çalışmaları ile kronik hastalıkların başlaması önlenabilir veya geciktirilebilir. Temel sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması, entegre ve düzenli bakım hizmetlerinin sağlanması; çalışmaların sürdürülebilirliği; "Tüm Politikalarda Sağlık" anlayışı ile sektörler arası işbirliği önemlidir.

Dünya nüfusunun 2000 yılından 2050 yılına kadar üç katından fazla bir artışla 600 milyondan 2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Bu artışın büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde olacak olup bu ülkelerde 2000 yılında 400 milyon olan yaşlı kişi sayısı 2050de 1.7 milyara ulaşacaktır (1).

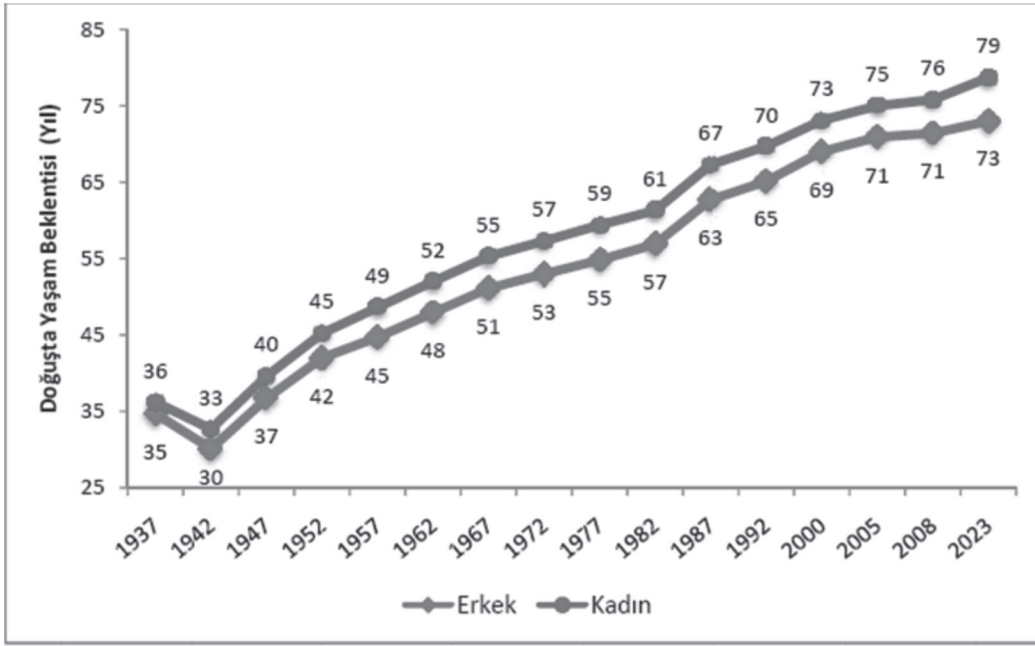
Ülkemizde de yaşlı nüfus artmakta nüfus piramidi genişlemektedir (Şekil 1). 2005 yılında %5,7 olan ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2010 yılında %7 (60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı ise %10) olmuştur (2).

Şekil 1. Türkiye Nüfus Piramidi (2008, 2023)



Doğumda beklenen yaşam süresi de bulaşıcı hastalıklarla yapılan mücadelede alınan mesafe, ekonomik ve teknik gelişmelere paralel olarak artmaktadır. 2010 yılı için Erkeklerde 71.6 kadınlarda 76.3 ve toplamda 73.9 yıl olarak hesaplanmıştır (3) (Şekil 2).

* Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Dairesi

Şekil 2. Türkiye’de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (1937-2023)

Kaynak: Fişek ve Shorter, 1968; TÜİK, 1995, 2009, 2010e; Ergöçmen, Hancıoğlu ve Ünalın, 1995

Demografik yapı değişmektedir:

- ✓ Kırdan kente göç artmıştır.
- ✓ Geleneksel aile yapılarının değişmektedir.
- ✓ Kadınların çalışma yaşamında etkin rol alması artmaktadır.
- ✓ Toplam doğurganlık hızı 2.23 olup azalmıştır (4).
- ✓ Yaşlı bağımlılık oranı artmakta ve genç bağımlılık oranı azalmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Yaş Bağımlılık Oranı (ADNKS), Age Dependency Ratio (ABPRS)

Yıl	Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	Genç Bağımlılık Oranı (0-14)	Yaşlı Bağımlılık Oranı (65+ Yaş)
2007	50.36	39.71	10.65
2008	49.51	39.28	10.23
2009	49.25	38.79	10.46
2010	48.89	38.13	10.76

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)

Yaşlılıkla birlikte hastalık örüntüleri de değişmekte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. DSÖ'ye göre dünyada tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Bu ölümler arasında kalp-damar hastalıkları birinci sırada; kanserler ikinci sırada; kronik solunum yolu hastalıkları üçüncü sırada ve diyabet dördüncü sıradadır. Hemen tüm ülkelerde kronik hastalıklar ölümün en temel sebeplerini oluşturmaktadır. En yoksul ülkeler en çok etkilenmekte, risk faktörleri yaygındır. Bu konudaki tehdit büyümekte, küresel yanıt ise yeterli değildir (5). Ülkemizde de tüm ölümlerin yaklaşık %79'u kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Temel

hastalık gruplarına, göre ölüm nedenleri irdelendiğinde ise ölümlerin yaklaşık %48'i kalp damar hastalıkları; %13.07'si kanserler; %8'i solunum sistemi hastalıkları nedeni ile olmaktadır. Altmış yaş üzeri ölüme neden olan ilk on hastalık değerlendirildiğinde ilk üç sırada sırası ile iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH gelmektedir (6) (Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 60 yaş ve üzeri grupta cinsiyete göre % dağılımı (UHY-ME çalışması, Türkiye)

	Toplam	%	Erkekler	%	Kadınlar	%
1	İskemik Kalp Hastalığı	27.0	İskemik Kalp Hastalığı	24.4	İskemik Kalp Hastalığı	29.6
2	Serebrovasküler Hastalıklar	20.7	Serebrovasküler Hastalıklar	20.3	Serebrovasküler Hastalıklar	21.1
3	KOAH	9.3	KOAH	13.4	KOAH	5.0
4	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	5.3	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.3
5	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	3.1	Hipertansif Kalp Hastalığı	4.2	Diabetes Mellitus	3.3
6	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.6	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.9
7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	2.3	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	2.8
8	Diabetes Mellitus	2.6	Diabetes Mellitus	1.9	Meme Kanseri	1.9
9	Mide Kanseri	1.5	Mide Kanseri	1.7	Mide Kanseri	1.3
10	Düşmeler	1.1	Mesane Kanseri	1.6	Nefrit ve Nefrozlar	1.2
11	Kolon ve Rektum Kanseri	1.0	Prostat Kanseri	1.3	Düşmeler	1.1
12	Mesane Kanseri	1.0	Kolon ve Rektum Kanseri	1.1	Kolon ve Rektum Kanseri	0.9
13	Meme Kanseri	0.9	Düşmeler	1.0	Peptik Ülser	0.8
14	Nefrit ve Nefrozlar	0.9	Siroz	0.8	Over Kanseri	0.8
15	Peptik Ülser	0.8	Peptik Ülser	0.8	Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri	0.8
16	Siroz	0.7	Karaciğer Kanseri	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.8
17	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0.7	Alzheimer ve Diğer Demanslar	0.6
18	Prostat Kanseri	0.7	Trafik Kaza	0.6	Siroz	0.6
19	Alzheimer ve Diğer Demanslar	0.5	Ağız Ve Oropharinks Kanseri	0.6	Mesane Kanseri	0.4
20	Ağız ve Oropharinks Kanseri	0.5	Nefrit ve Nefrozlar	0.6	Lösemi	0.4

Dünya ile paralellik gösteren ülkemizdeki mevcut durumun ışığında, DSÖ başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar önleme ve kontrol çalışmaları kapsamında aşağıda özetlenen çalışmalar yürütülmektedir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 18.01.2008 tarih ve 00708 sayılı Makam Onayı ile

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı kurulmuş olup Kalp Damar Hastalıkları, Metabolik Hastalıklar, Kronik Solunum Yolu Hastalıkları, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Şubelerinden oluşan beş şube müdürlüğü ile görevlerini yürütmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 yıllarını kapsayan stratejik planında belirlenen stratejik konular arasında kronik hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşlanma yer almaktadır:

Bu durum planda:

- ✓ Stratejik Amaç 1 "Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak" ve bu stratejik amaç altında bulunan Hedef 1.5'de "Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak" olarak,
- ✓ Stratejik Amaç 3 "Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak" ve bu stratejik amaç altında bulunan Hedef 3.1 "Sağlık hizmet sunumunda insan odaklı yaklaşımı temel alarak bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik koşulları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek, 3.1.1 Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik koşulları nedeniyle özel ihtiyacı olan insanların (yaşlı, özürlü, aile içi şiddete maruz kalan kişiler, sokak çocukları vb.) korunmasını, bu grupların kendi ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişmesini sağlamak ve bu hedeflere yönelik stratejiler olarak; Sağlıklı yaşlanma Türkiye Eylem Planı uygulamaya konulacak, İnsanların sağlıklı yaşlanma konusunda doğru bilgi, tutum ve davranış kazanmaları için gerekli eğitim, bilgilendirme ve tanıtım çalışmaları olarak yer almaktadır (7).

Bakanlığımız tarafından kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü kapsamında programlar geliştirilmiş ve uygulanmaktadır. Bunlar Kalp Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014- Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014, Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014 ve risk faktörlerinden Tütün ve Obezitenin Önlenmesi ve Kontrolü Programları halen uygulanmaktadır. Tüm programların geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili kurum ve STK ile işbirliği yapılmıştır. Uygulanan programlara basılı materyal olarak ve uygulanan aktivitelere Bakanlığımız www.saglik.gov.tr web sayfasından ulaşılabilir.

Bilindiği üzere Birleşmiş Milletler tarafından 08-12 Nisan 2002 tarihleri arasında Madrid'te yaşlı nüfusun yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, toplumsal entegrasyonlarının sağlanması, geçim ve sağlık problemlerinin çözümlenmesi ve tüm yaş gruplarını kapsayan politikaların oluşturulması yönünde "Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı" hazırlanmıştır. Nüfusu yaşlanma eğilimi gösteren ülkemiz için de önemli tedbirleri içeren ve tavsiye kararı niteliğinde olan bu eylem planında uygulamaya konulması gereken hususların belirlenmesi, konuya yönelik sektörler arası faaliyetlerin planlanması, belirlenen hususların uygulanmasının sağlanması ve bu uygulamaların izlenmesi için DPT Müsteşarlığının koordinatörlüğü ve SHÇEK Genel Müdürlüğünün işbirliği ile çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversite ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" hazırlanmış ve anılan eylem planı DPT Yüksek Planlama Kurulu'nun 01.03.2007 tarihli kararı ile kabul edilmiştir. Söz konusu eylem planının "Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması" başlığında mevcut durum ve sorunlara değinilmiş ve;

- ✓ Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve refahın artırılması,
- ✓ Sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması,
- ✓ Yaşlılar ve HIV / AIDS,
- ✓ Bakım hizmeti verenlerin ve sağlık çalışanlarının eğitimi,
- ✓ Yaşlıların ruh sağlığı ihtiyaçları,
- ✓ Yaşlılar ve yeti yetersizliği,

konu başlıklarında çalışmalar yapılması önerilmiştir (8). Anılan başlıklarda ve DSÖ tarafından çalışmalar yapılması önerilen birincil sağlık hizmetleri (yaşlı dostu merkezler, tanı tedavi ve izlem), uzun dönemli bakım, demans, iş gücü geliştirilmesi ve acil konularında Sağlık Bakanlığı politika ve eylemlerinin belirlenerek hayata

geçirilebilmesi için 7-8 Haziran 2011 tarihinde tüm ilgili kurum kuruluş ve STK'ların katıldığı bir çalıştay düzenlenmiştir.

Ayrıca STK'lar ile işbirliği yapılmakta çeşitli aktiviteler desteklenmektedir.

Bakanlığımız katkısı ile hizmet sunumunda çalışan hekimlerimiz için 2-8 Mayıs 2011 tarihlerinde Türk Geriatri Derneği, GEBAM ve INIA işbirliğinde "3. Geriatri ve Gerontoloji Kursu" sağlık düzenlenmiştir. Birinci Basmak Hekimler için Tanı Tedavi Rehberleri hazırlanmış ve dağıtılmıştır. DSÖ tarafından geliştirilen Yaşlı Dostu Birincil Sağlık Merkezleri Araç Kiti Türkçeye çevrilmiş yıl sonuna kadar basım ve dağıtımı yapılacaktır. Halkın Sağlık Eğitimi Çalışmaları kapsamında Eğitimciler için "Eğitim Rehberleri" hazırlanmış ve il sağlık müdürlüklerine dağıtımları yapılmıştır. Ayrıca 81 İlden gelen Halkın Sağlık Eğitimi faaliyet raporları yaşlı sağlığı formu aracılığı ile takip edilmektedir.

Bilindiği üzere yaşlılarda sağlık hizmetlerine erişim her zaman istenilen seviyelerde olmamakta ve birçok yaşlıda kronik hastalıklar görülebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin verimli şekilde sunulması kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri Şubat 2010 tarihinden itibaren 1219 sayılı kanun, 3359 sayılı kanun ve 181 sayılı kanun hükmünde kararnameye dayanılarak çıkarılan "Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge" hükümleri çerçevesinde yürütülmektedir. Evde sağlık birimlerimizle ulaşmayı amaçladığımız hedef kitlemizin başında özellikle 65 yaş üstü yaşlılarımız gelmektedir. Yönerge doğrultusunda verilecek olan Evde Sağlık Hizmetleri uygulamalarını yürütmek üzere 81 ilimizde yaklaşık 500 birimimizle bu hizmet sunulmakta. Hedef, 2011 yılında 100 bin vatandaşımıza bu hizmeti ulaştırmaktır. Birimlerimizin verdiği hizmetlerin takibi, yorumlanması ve istatistik bilgilerinin toplanması amacıyla Sağlık Bakanlığınca web tabanlı evde sağlık hizmetleri veri formu 01.08.2010 tarihi itibarıyla hizmete açılmıştır. Başvurular için ülke genelinde 444 38 33 telefon hattı hizmet vermektedir. Evde sağlık birimlerimiz ile evde sağlık hizmeti sunulacak bireye tıbbi durumunun gerektirdiği muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri evinde ve aile ortamında verilmektedir (5).

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi kapsamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Hastane Bilgi Sistemi düzenlemeleri devam etmekte olup kronik hastalıklar ve aile hekimleri tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılacak yaşlı sağlığı izlem formu ile surveyansın iyileştirilmesi sağlanacaktır.

Öneriler

- ✓ Bu demografik değişikliklerin halk sağlığı açısından bazı etkileri olmaktadır. Yaşlıların aile ve yaşamda rol almaları ve bağımsız yaşayabilmeleri için sağlıklı olmaları temeldir. Yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi çalışmaları ile kalp hastalıkları, inmeler ve kanserler gibi kronik hastalıkların başlaması önlenabilir veya geciktirilebilir.
- ✓ Yaşlılarda bu durumlar meydana geldiğinde ise temel sağlık hizmetleri erişilebilir, entegre ve düzenli bakım hizmetlerini sağlamalıdır. Bunu en etkili sağlayabilecek olan birinci basamak sağlık merkezleri güçlendirilmelidir.
- ✓ Yaşlılara yönelik ulusal eylem planlarında yer alan çalışmaların uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir.
- ✓ Sağlık Bakanlığı eylem planları içerisinde yer alan evde sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yanı sıra "bakım" hizmetleri de önemli bir boyutunu teşkil etmektedir. SHÇEK başta olmak üzere Belediyelerin bu konuda yapacakları çalışmalar önemlidir.
- ✓ Kronik hastalıklar, risk faktörleri ile mücadele ve "sağlıklı" yaşlanma tek başına sağlık sektörünün görev ve sorumlulukları içerisinde değil pek çok sektörü doğrudan ya da dolaylı ilgilendirmektedir. "Tüm Politikalarda Sağlık" anlayışı ile entegre, ekip çalışması ve sektörler arası işbirliği büyük önem taşımaktadır geliştirilmelidir.
- ✓ Gönüllülük yolu ile tecrübelerinin ve bilginin aktarılmasında, sorumlulukların taşınmasında ailelerin yardımları ve işgücüne katılım ve ödemelerde artış sağlanmasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması kritik rol oynayabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. <http://www.who.int/features/qa/42/en/index.html>: 02/08/2011.
2. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=244. 02/08/2011.
3. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. 02/08/2011.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.
5. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları, Ed. Dr Yasin Erkoç, Dr. NazanYardım Ankara 2011.
6. T.C Sağlık Bakanlığı, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hastalık Yüğü Final Raporu, Ocak 2005, Ankara.
7. T.C Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014.
8. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007.

YAŞLILIK DÖNEMİNDE ALGILANAN SAĞLIK VE YAŞAMIN NİTELİĞİ; NEREDEYİZ?

Meral SAYGUN,* Erhan ESER**

ÖZ

Diğer ülkelerdeki yaşlılardan farklı olarak, Türk yaşlıları için, hastaneye yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne-büyük baba rolü ve iştahın yerinde olması, yaşam kalitesini etkileyen “çok önemli” durumlardır. Türk yaşlıları için göreceli önemsiz olarak kabul edilen kavramlar ise, topluma katılım, yaşlılık ve yaşlılarla ilgili negatif ayrımcılık ve toplum içinde gönüllü faaliyetlere katılımdır.

Türkiye’de yaşayan yaşlı bireyler, gerek algılanan sağlık gerekse yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan, özellikle “bedensel iyilik”, “bağımsızlık”, “sosyal ilişkiler” ve “çevresel iyilik” boyutlarında belirgin şekilde daha dezavantajlı durumdadır.

Türkiye’de Huzurevlerinde yaşayan yaşlılar, kendi evlerinde yaşayanlara göre daha mutsuzdur. Depresyon ve düşmeler, Türkiye’de yaşlıların yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkileyen sorunlardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte ve toplum yaşlanmasının önemli göstergesi olan doğuşta beklenen yaşam süresinin ortalama değerinin dünya genelinde geçen yüzyıla göre arttığını bildirmektedir (1).

Doğumda beklenen yaşam süresinin yıllar içinde artması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Artık bir sağlık girişiminin başarısı, sadece o hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ile değil, aynı zamanda bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu durum, yaşanan yılların niteliği konusunu ön plana taşımış ve niteliğin en üst düzeyde olmasını hedefleyen “yaşam kalitesi” kavramı, toplumların ulaşmayı hedeflediği evrensel bir tanım haline gelmiştir (2).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları, standartları doğrultusunda hayattaki durumlarını nasıl algıladıklarıdır (3). Yaşam kalitesinin belirlenmesinde bireyin kişisel durumu (kişiliği, sorunları ile başa çıkma yolları, inançları, duygusal durumu) ve sosyokültürel durumu (toplum, çevre, kaynaklar, iş) temel faktörler olarak yer almakta, sağlık durumu (hastalığı ve buna bağlı olarak çıkan bozukluklar, özürllülük ve engellilik durumu) da gerek kişisel gerekse sosyokültürel durumla etkileşerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir (4). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bir toplum sağlığı göstergesi olarak kullanmanın, tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmetler sektörleri arasındaki işbirliğinin sağlanmasında önemli bir işlev gördüğü bildirilmektedir (5). Sağlıkla ilgili yaşam

* Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

kalitesi değerlendirmeleri yaşlılara hizmet sunanların performanslarının ve sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine de olanak vermektedir (6).

Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında yaşlılık dönemi gelmektedir. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık düzeyi, sosyo-demografik özellikler, kültürel ve ekonomik koşullar, yaşanılan mekan gibi çevre koşulları, engellilik gibi özellikler, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen en önemli değişkenlerdir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar, sadece yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedir ve yaşlıların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ve tedavilerinin planlanmasında önemli değişkenlerdir (7,8).

Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen en önemli etken kronik hastalıklardır. Bunlar içinde üriner inkontinans ve depresyon önemli yer tutar. Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı bulunan yaşlıların, olmayanlara göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının düşük olduğu saptanmış, günlük kullanılan ilaç sayısının ve hastalık sayısının yaşam kalitesi ölçek puanlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (9-12).

Günlük aktivitelerdeki azalmanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu, gelişmenin ise yaşam kalitesi ve moral üzerine doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir (13,14).

Öz bakım, bireyin yaşam kalitesi ile yakın ilişki içindedir (15). Yaşlılık döneminde görülen kronik hastalıklar nedeni ile bireyin aktif yaşamı kısıtlanmakta, öz bakımını sürdürmesi engellenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir (16).

Yaşlılarda hareket yeteneği ile yaşam kalitesi arasında önemli ilişki olduğu bildirilmektedir (9,10,17-19). Korumacı sağlık hizmeti yaklaşımıyla hastalık ve bağımlılığa neden olacak risk faktörlerinin azaltılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi bu yaş grubunun yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olacak, yaşlı kişinin başkasına bağımlı olmadan yaşamasını ve üretkenliğini uzun süre korumasını sağlayacaktır (9,20-22).

Yapılan çalışmalarda yaşlılarda, depresyon varlığının yaşam kalitesini etkilediği (23,24), bazen depresyonun demansın öncü belirtisi olduğu bu yüzden de yaşlılarda özel önem taşıması gerektiği bildirilmektedir (25).

Yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumdan da etkilenmektedir. Kadınlarda, ileri yaşta, boşanmış olanlarda, düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir düzeyine sahip olanlarda, zayıf sağlık durumu algısına sahip olanlarda yaşam kalitesi daha düşüktür (23,26-28). Ankara Tabip Odası'na kayıtlı 65 yaş ve üzeri hekimler arasında yapılan araştırmada; yaşam kalitesi SF-36 ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan puanlar incelendiğinde; en yüksek puanın fiziksel rol boyutundan alındığı saptanmıştır. Fiziksel rol boyutundan alınan puanın yüksekliği tüm fiziksel etkinlikleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme anlamı taşımaktadır. Genel sağlık boyutundan alınan puanın düşüklüğü ise sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma olarak açıklanmıştır (29). Sağlığı ilgilendiren durumlara yönelik algısal boyutun yaşam kalitesini etkilediği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin yaşlılığa ilişkin olumlu yönde bir algılamaları olduğunda bu algısı olmayanlara göre daha fazla koruma yaklaşımlarını uyguladıklarını ortaya koymaktadır (30).

Türkiye'de yaşlılarda algılanan sağlık ve yaşam kalitesi çalışmaları önemli ölçüde yaşlı bakım yurtlarında ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılar üzerinde yürütülmüş, toplumu temsil eden nitelikte alan çalışmaları sınırlı düzeyde kalmıştır.

Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kaliteleri

Aile üyeleri ile iyi ilişkilerin ve sosyal desteğin yaşam kalitesini güçlendirdiği bilinmektedir. Huzurevinde yaşayanların aile ortamında yaşayanlara göre daha fazla yalnızlık hissettikleri ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmış, huzur evinde kalış süresi uzadıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir

(19,31,32). Çalışmalarda, huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayanlara göre depresif belirtilerin yüksek, sosyal destek algısının yetersiz olduğu saptanmıştır (33-35). Ancak, huzurevi içi ve dışı aktivitelerin geliştirilmesinin ve düzenli yürüyüş ve el sanatları ile ilgili aktivitelerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yaptığı bildirilmiştir (15,32). Fiziksel aktivite ve egzersizin yaşlanmanın fiziksel fonksiyonlara ve sağlığa olan olumsuz etkilerini önlediği ve yaşlının bağımlı olmadan yaşamasını sağladığı ifade edilmektedir (3,13,21).

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü 2010 yılı Faaliyet Raporunda; ülkemizde yatılı huzurevi, yaşlı bakım rehabilitasyon merkezi sayısı 97, yaşlı hizmet merkezi sayısı 5 olarak belirtilmiş ve yatılı ve gündüzlü olarak 8929 kişiye hizmet verildiği bildirilmiştir (36).

Gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince işletilen huzurevleri ve bakımevleri, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği (37) çerçevesinde çalışmaktadır ve 2010 yılı itibari ile ülkemizde; dernekler, vakıflar, azınlıklar ve özel-tüzel kişilere ait 152 huzurevi, 8526 kapasite ile hizmet vermektedir. Diğer bakanlıklar ve belediyelere bağlı olarak hizmet veren 28 huzurevi 4613 kapasite ile hizmet sunmaktadır.

Türkiye’de 2010 Mart ayı sonu itibariyle faaliyette bulunan resmi ve özel huzurevi sayısı 264, toplam yatak kapasitesi ise yaklaşık 21.472 kişi olarak bildirilmektedir (36,38,39).

2007 yılında kurumsal yaşlı bakım hizmetlerini gerçekleştiren kilit personel sayıları şöyledir:

- ✓ Hekim sayısı 62; bir hekime düşen yaşlı sayısı 102,
- ✓ Hemşire/sağlık memuru sayısı 197, bir hemşire/sağlık memuruna düşen yaşlı sayısı 32,
- ✓ Fizyoterapist sayısı 62, bir fizyoterapist e düşen yaşlı sayısı 102,
- ✓ Psikolog sayısı 90, Bir psikoloğa düşen yaşlı sayısı 70.
- ✓ Sosyal çalışmacı sayısı 86, bir Sosyal çalışmacıya düşen yaşlı sayısı 73 (38).

Ülkemizde, huzurevinde kalan yaşlıların yaşam doyumu, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri, yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri ve etkileyen faktörleri inceleyen pek çok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar ülkemizdeki huzurevlerinin yaşlılarımıza sağladığı koşulları değerlendirmemiz açısından önem taşımaktadır.

Depresyonun yaşlılarda görülen en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olduğu bilinmektedir, ülkemizde 1991 yılından itibaren huzurevinde kalan yaşlılar üzerine yapılan çalışmalarda depresyon sıklığının %10-%76 arasında değiştiği bildirilmiştir (40-44).

Kurumda yaşayan bireyler arasında kadın cinsiyet, gelir düzeyinin düşüklüğü, sosyal güvencenin olmayışı, kurumda kalma nedeni ve başka bir ortamda yaşama isteklerinin depresyon düzeyini etkilediği bildirilmektedir (43,45). Sosyal ilişki kurulan bireylerin sayısının fazla olması, ziyaretçi gelme ve evci çıkma durumlarında depresyon sıklığının azaldığı bildirilmiş, huzurevinde yaşayanların, yaşlılık sorunları ile baş etmede zorlandıkları, arkadaş ve akraba desteğinin depresyon olasılığını azalttığı belirtilmiştir (33,40,46).

Huzurevinde yaşayan kişilerin büyük çoğunluğunun, yaşlılığı yalnızlık, işe yaramazlık, bağımlılık ve rahatsızlık durumu olarak algıladıkları ve bu yaşlıların depresyon puanlarının yüksek olduğu bildirilmiş, yaşlılık dönemi-ne iyi hazırlanmamış bireylerin kendilerini değersiz, işe yaramaz ve bağımlı hissetmelerinin bu sonucu ortaya çıkarmış olabileceği düşünülmüştür (33,40).

Boş zaman fiziksel aktivitesinin ve egzersizin; genel sağlıkla ve hafif düzeydeki depresyon ve anksiyete ile olumlu şekilde bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Huzurevinde yaşlılar için boş zamanlarını değerlendirebilecek planlı uğraşı etkinlikleri ve egzersiz programları bulunmadığından, yaşlıların çoğu televizyon izlemeyi ve dinlenmeyi tercih etmektedir. Bu nedenle yaşlılarımızın daha aktif bir yaşam sürdürebilmeleri, boş zamanlarını değerlendirebilmeleri için, düzenli fiziksel ve uğraşı etkinliklerine gereksinim olduğu düşünülmektedir (40,45). Gaziantep Huzurevinde yapılan çalışmada, kurumda 1-3 yıl arasında kalan yaşlıların ortalama anksiyete puanları, kurumda daha uzun süreli kalan yaşlıların puanlarından daha düşük olarak saptanmış, bu da kurumda kalan yaşlıların huzursuzluklarını giderme ve başa çıkma becerileri ile savunmalarının yetersiz oluşu ile açıklanmıştır (40).

Ülkemizde huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların depresif belirtilerini sorgulayan karşılaştırmalı çalışmalarda, huzurevinde yaşayanların depresif belirtilerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (33,35,43,44).

Yaşlıların sağlıklarını algılama durumunun depresyon varlığını etkilediği ve sağlık durumunun kötü algılanmasının, depresyon için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir. Yaşlıların kendi sağlık durumlarını iyi, orta veya kötü düzeyde algılamalarında kronik hastalığa sahip olmalarının etkisinin olduğu düşünülmektedir (40,47).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, huzurevlerinde yaşayan yaşlıların kendilerini yalnız hissettiklerini (48,49) ve kurumda yaşayanların yalnızlık puanlarının evde yaşayanlardan yüksek olduğunu, ortaya çıkarmıştır (31). Konya’da yapılan bir çalışmada sosyal ilişkiler ve çevresel iyilik düzeylerinin evde yaşayan yaşlılarda huzurevinde yaşayanlara göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir (50).

Denizli’de devlete bağlı huzurevinde kalan, kimsesiz ve yardıma muhtaç yaşlıların hayata bakış açıları ve gelecekle ilgili beklentilerini sorgulayan çalışmada; yaşlılara imkanı olsa şu anda nerede yaşamak istediği sorulduğunda, %51’i kendi evimde olmak istediğini belirtmiş, %63’ü mecbur kaldığı için huzurevini tercih ettiğini söylemiştir. Yaşlıların %26’sı şu anda kendini en fazla mutlu eden şeyin sağlıklı olmak ve kimseye muhtaç olmamak olduğunu belirtmiş, hayatta ne olsaydı sizi en fazla mutlu ederdi sorusuna yaşlıların %49’u evimde çocuklarımla beraber yaşamak yanıtını vermişlerdir. Araştırmanın sonucunda, yaşlıların huzurevinin maddi koşullarından memnun oldukları, ancak huzurevinde bulunmaktan rahatsız oldukları ortaya çıkmıştır (51). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, yaşlıların çoğunluğunun huzurevinde kalmaktan memnun olmalarına karşın, hiçbir beklentisi olmadan ölümü beklediği ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (52).

Ülkemizde huzurevi çalışanlarının sorunlarını araştıran çalışmada ise, personelin yaşlılara hizmet vermekten kaynaklanan sorunları olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, huzurevinde çalışan personelin yarısından fazlasının hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır (53). Türkiye’de huzurevlerinde çalışan hemşirelerin bakım sorunları ve tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı çalışmada da hemşirelerin yarıdan fazlasının yaşlı bireyle çalışırken sorun yaşadığı ve iletişim sorunun, en çok yaşanan sorun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun yaşlıya yeterince psiko-sosyal destek vermediği ve yaşlı bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim almadığı saptanmıştır. İletişim ve ekip içi sorun yaşayan hemşirelerin, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (54).

Yaşlılık Döneminde Düşmeler ve Düşmeler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Yaşlılık döneminin depresyon, demans, üriner inkontinansla birlikte dört büyük sorunundan biri olan düşme, yaşlı nüfusta yeni sağlık sorunlarına, var olan sorunun ağırlaşmasına, bakıma muhtaçlığa ve bazen de ölümlere neden olan, pek çoğu önlenabilir bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü’nün raporunda 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %28-35’inin her yıl en az bir kez düştüğü ve bu düşmelerin yarısının tekrarlayan düşmeler olduğu belirtilmektedir. Raporda, düşmelerin sıklığı, şiddeti ve düşmeyle ilgili komplikasyonların yaşın ilerlemesi ile ve düşkünlükle birlikte artmakta olduğu ve 70 yaş üzerindeki oranın %32-%42’ye ulaştığı (55), kadın cinsiyetinin ise diğerlerinden bağımsız olarak düşmeyi yaklaşık 4 kat arttıran önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (56). Huzurevinde yürütülen ve araştırma kapsamına alınan yaşlıların % 62.5’inin kadın olduğu çalışmada, yaşlı bireylerin; %48.7’sinin düşme öyküsü olduğu, %53.9’unun ise birden daha fazla kez düştüğü belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin % 42.6’sının caddede yürürken, %36.2’sinin baş dönmesi nedeni ile düştüğü saptanmıştır. Düşme olayını yaşayan yaşlı bireylerin %31.8’inde kırık meydana geldiği belirlenmiştir (57). GATA Eğitim Hastanesi Geriatri Polikliniğine başvuran 22 yaşlı birey ile yapılmış çalışmada, yaşlı bireylerin 18’inin en az bir kere düştüğü ve 4’ü dışında hepsinin düşme korkusu yaşadığı belirlenmiştir (58).

Huzurevinde yapılan bir çalışmada, 160 yaşlıdan yarısının daha önce düşme deneyimi yaşadığı ve yaklaşık olarak %23.8’inin son 6 ay içinde düştüğü saptanmıştır. Aynı çalışma, kadınların, daha önce düşme deneyimi olan bireylerin, son 6 ay içinde düşenlerin, görme kaybı ve uzuvlarında güç kaybı olanların daha çok düşme korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Düşme korkusu ile banyo yapma ve giyinme gibi temel günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki olduğu görülmüş ve düşme korkusunun yaşam kalitesini direkt ve olumsuz olarak etkiledi-

gi; daha fazla düşme korkusu yaşayan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıkları saptanmıştır (59).

Yaşlı bireylerin düşme sonrası davranışlarında; kalabalıktan uzaklaşma, tek başına dışarı çıkamama, yavaş hareket etme, işlerini yalnız yapamama gibi günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran davranış değişiklikleri olduğu gözlenmiştir ve yaşlı bireylerin düşme korkusu nedeniyle; düşmeye yönelik önlem alma ve kendini koruma gibi davranış değişiklikleri yaparken, yaşamlarını sınırladıkları belirlenmiştir (58,60). Yaşlı hastalarda Türkiye’de yürütülen başka bir çalışmada da, düşme ile yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, düşme korkusunun, yaşam kalitesinin psikolojik bileşenini ve günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede etkilediği saptanmıştır (61).

Türkiye’deki Yaşlıların Algılanan Sağlık ve Yaşam Kalitesi Açısından Diğer Ülkelerde Yaşayan Yaşlılarla Karşılaştırılması

Türk yaşlılarını diğer ülkelerdeki yaşlılarla algılanan sağlık ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmaya olanak veren az sayıdaki çalışma dikkate alındığında genel olarak Türkiye’de yaşayan yaşlı bireylerin gerek algılanan sağlık gerekse yaşam kalitesi açısından batılı ülkelerdeki yaşlılardan belirgin şekilde daha dezavantajlı durumda oldukları anlaşılmaktadır.

Öte yandan Türk yaşlıları odak gruplarından elde edilen bulgulara göre, yaşlıların diğer kültürlerden yaşam kalitesi algısı açısından bazı farklılıklar göstermektedir. Odak grup görüşmelerinde diğer ülkelerde orta önemde sayılan bazı kavramlar Türk yaşlıları için “çok önemli” olarak vurgulanmıştır. Bunlar: hastaneye yatma, yeti kaybı, aile ilişkileri, karar verme özgürlüğü, büyük anne-büyük baba rolü ve iştahın yerinde olmasıdır. Diğer merkezlerde önemli sayılan ancak Türk yaşlıları için önemsiz olarak kabul edilen kavramlar ise, topluma katılım, yaşlılık ve yaşlılarla ilgili negatif ayrımcılık ve toplum içinde gönüllü faaliyetlere katılımdır (62).

AB 5 inci çerçeve programı kapsamında yürütülen Türkiye’de dahil 22 ülkeyi kapsayan DSÖ yaşlı yaşam kalitesi modülü (63) geliştirme projesi verilerine göre algılanan genel yaşam kalitesi skorları açısından Türk yaşlıları söz konusu 22 merkez (Avrupa ülkeleri, Avustralya, Japonya, ABD, Brezilya, Uruguay, İsrail, Çin merkezleri) içinde ikisi dışındaki merkezlerden daha düşük puan almışlardır (64). WHOQOL ölçeğinin toplam puanlaması açısından Türk yaşlılarının sadece Litvanya yaşlıları dışındaki diğer 20 merkezden daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir (63).

Yaşam kalitesinin çeşitli boyutları açısından bakıldığında ise, “bedensel iyilik” boyutunda Türk yaşlılarının diğer tüm merkezlerden daha düşük puan aldıkları; “Psikolojik iyilik” boyutunda Türk yaşlılarının, İspanyol, Macar, Japon, Çin ve Litvanya merkezleri dışındaki merkezlerdeki yaşlılardan daha düşük puan aldıkları; “Bağımsızlık” boyutunda Macar ve Çinli yaşlılar dışındaki 24 ülke yaşlısından daha düşük puan aldıkları; “Sosyal ilişkiler” boyutunda sadece Japon yaşlıları dışındaki ülke yaşlılarından daha düşük puan aldıkları; “Çevre” boyutunda ise yine sadece İsrail, Çin ve Litvanya dışındaki tüm ülke yaşlılarından daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Türk yaşlıları sadece “maneviyat” boyutunda 23 ülke arasında 5. sırada yer almıştır (63).

Aynı çok merkezli projede Yaşam kalitesinin yaşlılara özel alt boyutları açısından Türk yaşlıları diğer bazı ülkelerdeki yaşlılarla karşılaştırıldıklarında, Türk yaşlılarının toplam skorda en son sırada yer almaktadır. Duyusal yetiler boyut puanında 22 ülke arasında sonuncu; Otonomi (bağımsızlık) boyutu açısından sondan ikinci; Sosyal katılım boyutu açısından yine sondan ikinci; Geçmiş, Bugün ve Gelecek faaliyetleri açısından sondan üçüncü; Ölüm ve ölme kaygısı açısından sondan birinci olduğu, Türk yaşlılarının sadece “yakınlık görme” boyutunda orta sıralarda, kadınlarda ise 5. sırada yer aldığı belirlenmiştir (65) (Tablo 1). Buradaki karşılaştırmalarda Türk yaşlı örneği 22 merkez içinde 70.3 yaş ortalamasıyla en genç yaşlı örneği olması ve Türk yaşlı örneğinin Türkiye’nin batı bölgesinden (Manisa İl merkezi) seçilmiş olması ise Türkiye’nin daha yoksun olan diğer bölgeleri dikkate alındığında durumun daha da kötü olabileceğini düşündürmektedir. WHOQOL yaşlı modülünü kullanan diğer çalışmalarında Brezilya ve Norveç yaşlıları ile karşılaştırıldığında, tüm alt boyutlarda (duyusal yetiler, otonomi, geçmiş ve gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölme ve yakınlık boyutlarında) daha düşük puan aldıkları izlenmektedir. Türk yaşlılarının yaşlılığa özel olan bu boyutların toplamından aldık-

ları puan 56.0'dır. WHOQOL-OLD ulusal veri havuzunda yer alan diğer araştırmalarda da toplam skor aralığının 43.5- 64.2 arasında yer aldığı görülmektedir. Bu değer, Brezilyalı yaşlılar için 67.4, Norveç'li yaşlılar için ise 88.9 puan olmuştur (66-68).

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) çok merkezli projesi Boyut skorlarının katılımcı merkezlere göre dağılımı (2005).

Merkez	Kişi sayısı	Duyusal yetiler	Otonomi	Dün, bugün ve gelecek faaliyetleri	Sosyal Katılım	Ölüm ve ölme	Yakınlık
		Ort	Ort	Ort.	Ort.	Ort.	
İskoçya	108	71.4	66.7	65.03	62.3	71.43	51.36
İngiltere	142	81.0	72.4	69.10	73.1	68.36	67.63
Almanya (doğu)	343	70.8	68.1	66.55	70.58	56.34	70.45
İspanya	258	68.7	58.8	61.69	66.91	56.15	61.77
Danimarka	358	77.8	72.5	65.83	66.30	62.99	62.12
Fransa	139	61.2	54.6	56.61	52.54	67.91	58.91
Çek cum.	320	64.3	66.2	61.12	62.52	-	64.51
Macaristan	319	64.8	61.1	58.29	63.52	69.60	48.55
Norveç	299	77.6	66.4	66.37	68.73	64.62	73.25
Kanada	184	79.9	77.0	74.84	73.80	73.83	67.19
Avustralya	363	77.0	71.8	69.40	70.89	69.26	61.33
ABD	287	77.2	72.2	71.77	71.82	75.04	66.61
İsrail	240	74.5	70.2	62.86	66.23	51.58	62.87
Japonya	178	73.0	65.9	58.70	59.94	55.50	53.04
İsveç	445	72.7	66.1	66.68	66.57	70.76	59.23
Brezilya	326	76.7	67.8	69.89	67.66	64.39	68.83
Uruguay	235	81.5	65.8	66.87	66.86	65.02	71.23
Türkiye (Manisa)	327	55.6	60.8	58.05	54.66	44.07	65.92
İsviçre	134	81.6	76.6	71.90	73.55	60.83	63.50
Litvanya	326	71.0	53.3	48.23	61.44	65.05	39.18

Sonuç olarak, ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ile birlikte, yaşlıların yaşam kalitelerinin korunması ve daha kaliteli yaşam sürmeleri günümüzde ve gelecekte öncelikli sağlık hedeflerinden biri olmalıdır. Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinde, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bağımlılık oluşumunun engellenmesi, bu amaçla özellikle, kronik seyirli hipertansiyon, diyabet, osteoartrit, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, çeşitli kanserler, depresyon gibi kişinin fonksiyonlarını etkileyen hastalıkların ortaya çıkışının engellenmesi, erken dönemde tanınması, uygun tedavi edilmesi, uygun aralıklarla izlenmesi ve koruyucu önlemlerin her aşamada uygulanması sağlanmalıdır (23,69).

Türkiye’de yaşlıların yaşamlarının niceliğine (beklenen yaşam süresine) ek olarak “niteliği” (yaşamlarının kalitesi) de diğer orta ve üst gelişmişlik düzeyindeki ülkelerden daha “kötüdür”. Türkiye’de yaşayan yaşlılar diğer ülkedeki akranlarından genel olarak daha mutsuzdur.

Türkiye’de yaşlı bakım evleri ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılar eve yaşayan akranlarına göre yaşamlarından daha az hoşnutlardır.

Kurumların hizmet kalitesinin yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve memnuniyetini doğrudan etkilediği göz önüne alındığında; kurumlarda hizmet veren sağlık ve bakım personellerine, yaşlıların gereksinimlerine duyarlı olabilmeleri için, yaşlılık süreci, kayıplar, ölüm kaygısı, ruh sağlığı, depresyon, sosyal desteğin önemi gibi konularda eğitim verilmesi, iletişim becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir. Huzurevlerinde çalışan personelin psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi ve tükenmişliklerine yönelik

koruyucu ve çözümleyici kurumsal önlemlerin alınması, personelin yaşlılara karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir. (45,53,54).

Yaşlıya aile desteği ve toplumsal destek sağlanması, yaşlıların evde yakınları ile yaşamlarının ruh sağlığına olumlu etkisi dikkate alınarak, aile bireyleri ile yaşlı arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için katkıda bulunulması, huzurevi hizmetine alternatif olarak evde bakım projesinin geliştirilmesi, evde bakımlarını teşvik edecek sosyal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (33,40,43).

Yaşlılarda koruyucu hekimlik kapsamında düşmelerin önlenmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi, bilinmesi gereklidir. Konuyla ilgili birimlerde çalışan personelin ve yaşlılarla birlikte yaşayan kişilerin düşmeye neden olabilecek risk faktörleri ve düşmeden korunma konusunda farkındalığının artırılması gereklidir. Aile hekimleri ve birinci basamakta hizmet veren hekimler, yaşlı hasta izlemi yaparken, 65 yaş üzerindeki tüm bireylere yakınması olmasa da düşüp düşmediğini sormalı ve düşme öyküsü olsun olmasın bütün yaşlıları düşme riski açısından değerlendirilmeli, yaşlı yakınlarını risk etmenlerine yönelik önlemler almak konusunda uyarmalıdır. Yaşlı bakım kurumlarında bireylerin düşme riskini azaltıcı düzenlemeler yapılmalı, düşme korkusu ve düşmeyi önleyici önlemler konusunda rehabilitasyon programları düzenlenmelidir (56,59,70).

KAYNAKLAR

1. Active Ageing, A Policy Framework. WHO publications 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf: 10.06.2011.
2. Aslan D. Yaşlılık döneminde yaşam kalitesi kavramı: Kadın sağlığı bakışı http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/YaslilikDonemindeYasam_KalitesiKavrami.doc. 10.06.2011.
3. Kaya M, Aslan D, Acar-Vaizoglu S, et al. E. Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2008;11(4):12-7.
4. Bölükbaşı N. Yaşam kalitesi kavramı. Geriatri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı. Ankara, 2007; pp 45-9.
5. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;2(1):1-5.
6. Arslan Ş, Kutsal Gökçe Y. Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Geriatri 1999;2(4):173-8.
7. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. Türk Geratri Dergisi 2004;7(3):162-5.
8. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı In: Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. BM-INIA, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları (Yayına hazırlayanlar: Aslan D, Özbek M.). Reklam ofset basımı, Ocak 2009, pp 199-204.
9. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatride kullanımı. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;2(1):21-6.
10. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Pekşen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turkish Journal of Medical Sciences 2003;33:335-40.
11. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2009 (1): 48-60.
12. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S. İzmir huzurevindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Turkish Journal of Geriatrics 2008;11(1):33-41.
13. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(3):143-9.
14. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Geriatri 2000; 3(4): 141-5.
15. Altay B, Avcı Aİ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36 (4): 275-82.
16. Tel H, Hizmetli S, Tel H, Yıldırım M. Osteoartritli yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2011;14(1):63-7.
17. Beğir T. Kırılgan yaşlı. Fiz Tıp Rehab Derg 2006; 52 (Özel Ek A): A18-22.
18. Altay B, Avcı Aİ. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bull 2009;8(2): 139-46.

19. Gülseren, S, Koçyiğit H, Erol A, et al. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000; 3(4):133-40.
20. Özyurt Cengiz B, Eser E, Çoban G, Akdemir SN, Karaca İ, Karakoç Ö. Manisa Muradiye bölgesindeki yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10(3):117-23.
21. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2008 Jan-Feb;46(1):57-66.
22. Ün-Yıldırım N, Özengin N, Çınar-Özdemir Ö, Gökdoğan F. Yaşlı bireylerde fonksiyonellik, performans ve reaksiyon zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011; 14(1): 68-74.
23. Sönmez Y, Uçku R, Kınay Ş, et al. İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 21(3): 145-53.
24. Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B. Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2006;9:130-135.
25. Kurban NK, Zencir M, Kartal A, Şahiner T. Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2010; (1):34-43.
26. Aslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 28 (2): 81-9.
27. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(1) :30-3.
28. Saygun M, Çakmak A, Pınar T, Ulu N, “The assessment of quality of life and life satisfaction of elderly people over 65 years living in kırikkale centrum” *International Congress of Elderly Health “Geriatrics 2006”*, 42, Istanbul/Turkey, 2006.
29. Aslan D, Kanuncu S, Gökçe-Kutsal Y. Ankara Tabip Odasına Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Hekimlerin Profili Araştırması. *Araştırma Raporu*. ATO Yayınları, Mattek Matbaacılık, 2009.
30. Deremnych J, Alekna V, Valeikienė V. Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. *Gerontologija* 2007; 8(4): 217–21.
31. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde ve kurumda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. *Türk Geriatri Dergisi* 2006;9(1):34-40.
32. Özer M. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(1):33-6.
33. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiatri Dergisi* 2004;5:76-84.
34. Aydın S, Gemalmaz A, Bozkaya A. yaşlılarda yaşam kalitesi: toplum ve huzurevi karşılaştırması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Özet Kitabı. 2007; p 95.
35. Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklığının Karşılaştırılması. *Geriatri* 2003; 6(1): 10-3.
36. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü 2010 yılı Faaliyet Raporu, Ankara 2010.
37. Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 6 Temmuz 2011 tarihli ve 27986 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.
38. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Stratejik Plan 2010-2014, Ankara 2009.
39. Cohaz A. Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri. *Akademik Geriatri 2010 Kongresi Konuşma Metinleri*. 2010;122-6.
40. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:227-9.
41. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7:11-18.
42. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:290-9.
43. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:251-9.
44. Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapucu M, Sayar K. The effect of sociodemographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and community dwelling elders in Trabzon-Turkey. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004;14:57-60.
45. Top UF, Saraç A, Yaşar G. Huzurevinde yaşayan bireylerde depresyon düzeyi, ölüm kaygısı ve günlük yaşam işlevlerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2010;13:14-22.
46. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7:148-51.

47. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Geriatrics* 2001; 4:106-12.
48. Ünal G, Bilge A. İleri yaş Grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi, *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8: 89-93.
49. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü, Arslan G, Çınar Ş. Huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7:45-50.
50. Bodur S, Dayanır Cingil D. Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. *J Nutr Health Aging*. 2009 Aug;13(7):652-6.
51. Karaca F. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Hayata Bakış Açıları ve Gelecekle İlgili Beklentileri. *Aile ve Toplum Dergisi* Nisan, Mayıs, Haziran 2010;6(21):50-72.
52. Aydın İ, İşleyen S. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Geleceğe Yönelik Beklentilerinin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 7(3):19-25.
53. Mandıracıoğlu A, Çam O. Huzurevi çalışanları sorunları ve çalışanlar hakkında görüşleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2004;7(1): 29-32.
54. Akdemir N, Kapucu S, Özdemir L, Akkuş Y, Alparslan GB, Akyar İ. Huzurevi ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları bakım sorunları ve tükenmişlik düzeyleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* 2010; 3:50-62.
55. Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Library Cataloguing in Publication Data www.who.int/ageing/project_20.07.2011.
56. Karataş GK, Maral I. Ankara-Gölbaşı ilçesinde geriatric popülasyonda 6 aylık dönemde düşme sıklığı ve düşme için risk faktörleri. *Geriatrics* 2001; 4:152-158.
57. Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A. Narlıdere dinlenme ve bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığı ve düşmeyi etkileyen faktörleri. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2005; 8(2): 72-77.
58. Meriç M, Oflaz F. Yaşlı bireylerin düşme yaşantısı ile algıları ve günlük yaşamlarına etkisi üzerine niteliksel bir çalışma. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2007;10(1):19-23.
59. Kuzeyli Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde düşme korkusu ile günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Geriatrics* 2004;7(2):78-83.
60. Ozcan A, Donat H, Gelecek N, Ozdirenc M, Karadibak D. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health* 2005, 5:90.
61. Uz S. Geriatrik Hastalarda Düşme Risk Faktörlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2008; İstanbul.
62. Eser E, Eser S, Ozyurt BC, Fidaner C. Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalitesi algısı: WHOQOL-OLD Projesi Türkiye Odak grup sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005; 8 (4): 169-83.
63. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*. 2005 Dec;14(10):2197-214.
64. Molzahn AE, Kalfoss M, Schick Makaroff K, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age Ageing*. 2011 Mar;40(2):192-9.
65. WHO European Office (Kopenhag) WHOQOL-OLD Manual, Haziran 2005. <http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf> 20.07.2011.
66. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. [The reliability and validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old)] *Türk Psikiyatri Derg*. 2010 Spring;21(1):37-48.
67. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saude Publica*. 2006 Oct;40(5):785-91.
68. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scand J Caring Sci* 2008; Jun;22(2):292-305.
69. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi. In: *Geriatrics ve Gerontoloji III Kurs Kitabı*. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi GEBAM ve Türk Geriatrics Derneği Yayını. Fersa ofset basımı, Mayıs 2011, Ankara, pp 422-6.
70. Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda Düşme, Düşme Korkusu ve Bedensel Etkinlik. *GeroFam* 2010; 2(1): 11-28.

YAŞLILIK VE YETİ YİTİMİ

Pembe KESKİNOĞLU*

ÖZ

Günümüzde dünya nüfusunun %10'unu oluşturan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı gelişmekte olan ülkelerde daha hızlı artmaktadır. 31 Aralık 2010 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 65 yaş ve üzerindeki toplam nüfusun %7.2 sini oluşturmaktadır. Sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Bununla birlikte yaşlılarda doku ve organların rezerv kapasitesi, strese yanıt ve çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneği azalır, homeostaz bozulur. Yaşla artan kanser, diyabet, süregen akciğer, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, kaza, ihmal ve istismar gibi riskler bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeteneklerin çeşitli derecelerde kaybedilmesiyle yeti yitimine (disability, özürlülük) neden olmakta ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak bağımlı yaşama neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı "Dünya Sağlık Araştırması" raporuna göre 60 yaş üzeri yaşlılarda özürlülük oranı gelişmiş ülkelerde %29.5; gelişmekte olan ülkelerde %43.4'tür ve kadınlarda erkeklerden %60 daha fazladır. Ülkemizde yeti yitimi sıklığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması"na göre özürlü nüfus toplam nüfusun %12.3'ünü oluşturmaktadır. Görülme sıklığı 60-69 yaşta %37; 70 yaş ve üzerinde %44 olup, kadınlarda daha fazladır. Ortopedik, görme ve işitme özürlülüğü yaşlı nüfusta diğer yaşlardan daha fazladır. Kronik hastalık sayısı, düşük eğitim, düşük sosyo-ekonomik düzey, yalnız yaşam, sosyal izolasyon, işsizlik, olumsuz iç ve dış çevre koşulları, sağlıksız beslenme ve sedanter yaşam ve ileri yaşlılık yeti yitiminin sıklığını artıran risk etmenleridir. Oluşturduğu sonuçları itibariyle yeti yitimi sağlık harcamalarını artırdığından sağlıklı yaşlanmayı sağlayan bedensel, ruhsal ve sosyal koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun erimli bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulması gerekmektedir.

Günümüzde dünya nüfusunun %10'unu oluşturan 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2025 yılında 1.2 milyar, 2050 yılında 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artması endüstriyel ülkelere göre daha hızlı artmakta ve önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfusun %70'inin bu ülkelerde olacağı öngörülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfusun oranı %6.8, 31 Aralık 2010 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre ise %7.2'dir ve 2050 yılında bu oranın %20 olması beklenmektedir. Önceki yüzyıllara oranla dünya nüfusunun giderek yaşlanmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır: düşük doğurganlık ve ölüm hızları, toplumların eğitim ve ekonomik düzeylerinde artış, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, temiz içme suyu ve sanitasyonun sağlanması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, sağlıklı beslenme, çalışma koşullarında ve

* Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

yaşam tarzındaki olumlu gelişmeler ve kişinin genetik özellikleri gibi vb. Bununla birlikte insan ömrünün uzaması ve ileri yaşlılık (85 yaş ve üzeri) beraberinde doğal yaşlanma ve/veya kronik hastalıklar sonucu bireyde çeşitli derecede yeti yitimlerine neden olmaktadır. Yaşlı kişi daha önce sahip olduğu statü ve prestij gibi sosyal rollerin kaybı (emeklilik) ile birlikte gelir, sosyal paylaşım alanları (ev, aile, iş, dost ve arkadaş grupları) ve sağlık gibi etmenlerde kayıplarla karşılaşmaktadır. Sağlığın bozulması yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Bununla birlikte yaşlılarda doku ve organların rezerv kapasitesi, strese yanıt ve çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneği azalır, homeostaz bozulur. Yaşla artan kanser (meme, serviks, kolon, prostat), diyabet, süregen kas-iskelet (dejeneratif artrit, osteoporoz), akciğer (kronik obstruktif akciğer hastalıkları), kardiyovasküler (koroner arter hastalığı, kalp yetemezliliği, hipertansiyon) ve serebrovasküler hastalıklar (demans, inme, Parkinson), ruhsal bozukluklar (depresyon, intihar), görme ve işitme kayıpları, kaza, ihmal ve istismar, yoksulluk ve yalnızlık gibi hastalıklar ve riskler bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeteneklerin çeşitli derecelerde kaybedilmesiyle yeti yitimine (disability, özürlülük) neden olmaktadır. Yeti yitimi günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak bağımlı yaşama neden olur, sosyal ve ekonomik açıdan maliyeti yüksek bakım ve muhtaçlık gereksinimi ortaya çıkarır.

Yeti Yitimi (disability) Tanımlaması

Yeti yitimi kavramı oldukça karmaşık, çok boyutlu ve çoklu içerikli bir kavramdır. Günümüzde bu kavram tıbbi ve bireysel bakış açısından yapısal ve sosyal bakış açısına doğru dönüşüm göstermiş, yeti yitimi tıbbi model yerine sosyal model anlayışı egemen görüş haline gelmiştir. Toplumlar artık yeti yitimini kendi vücutlarının bir sorunu olarak değil, herkesi ilgilendiren sosyal bir olay olarak görmeye başlamıştır. Uluslar arası fonksiyon, yeti yitimi ve sağlık (The International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF) tanımlaması bireyin sağlık durumu ile çevresel etmenlerin arasındaki dinamik ilişkiye göre yeniden şekillendirilmiştir. Yeti yitimi vücut fonksiyonlarındaki sorunlardan oluşan yetersizlik (impairment), aktivite kısıtlaması ve günlük yaşama katılım kısıtlılığını içeren şemsiye bir tanımlamadır. Bireyin sağlık durumu ile çevre ve bireysel bağlamda kişisel etmenler (motivasyon, özgüven) arasındaki olumsuz etkileşimi vurgular. Dolayısıyla yeti yitimi tanımlamasının en önemli vurgusu bireyin çeşitli etmenlerden etkilenen kişisel yetersizlikler nedeniyle sosyal yaşama katılamamasıdır. Yeti yitiminin en önemli parçalarından biri olan çevresel faktörler farklı vücut fonksiyonlarına sahip kişilerin içinde yaşadıkları dünyayı içermektedir. Bu ortamda engeller ve kolaylıklar mevcuttur. Çeşitli ürünler, teknoloji, doğa, ev (bina), destek ve ilişkiler, davranış ve tutumlar, çeşitli hizmetler, sistem ve politikalar çevresel etmenler kavramını oluşturur.

Yaşlılarda Yeti Yitimi

Yaşlılarda yeti yitimi değerlendirmelerinde sıklıkla temel günlük yaşam aktivitelerinin (hareket, kendi kendine bakım) ve günlük yaşamda kullanılan araçların (yemek hazırlama, alış-veriş yapma, telefon etme, parasal işlemleri yapma, tıbbi ilaçları alma) kişinin kendisi tarafından bildirilmesiyle değerlendirilmektedir. Yeti yitim değerlendirmesinde performans temelli fonksiyon ölçümlerinin değerlendirilmesi de önemli yer tutmaktadır. Yaşlıların yeti yitim değerlendirmelerinde yeti yitimini etkileyen etmenler olarak kişinin fonksiyonel yetersizliklerine neden olan kronik somatik rahatsızlıklar ön planda tutulmuş, çevresel faktörlerin etkisi dikkate alınmamıştır.

Yaşlılarda yeti yitimi bireysel ve toplumsal etmenlerden kaynaklanmaktadır. Artan yaşla birlikte ortaya çıkan kronik rahatsızlıklar ve yaşlanmanın getirdiği doğal sistem fonksiyonlarında gerileme yeti yitim derecesini belirlemektedir. Kronik rahatsızlıkların yetersiz tedavisi, bilişsel ve duyuşal yetersizlikler, depresyon, sedanter yaşam, sigara ve fazla alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve sosyal destek yoksunluğu yeti yitiminin başlıca sağlık ve bireysel tabanlı belirleyicileridir.

Yaşlılıkla birlikte bir taraftan özürlülük oranı artarken diğer taraftan yeti yitim derecesi de artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı "Dünya Sağlık Araştırması" raporuna göre 60 yaş üzeri yaşlılarda özürlülük oranı gelişmiş ülkelerde %29.5; gelişmekte olan ülkelerde %43.4, toplam %38.1'dir. Yaşlı kadınların %19.2'si, erkeklerin %12'si yeti yitimli olup, tüm yaşlıların %9.8 i ağır derecede yeti yitimine (disability) sahiptir. Kadınlar daha uzun yeti yitimli yaşam yıllarına sahiptir. Ayrıca kadınlar cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle sosyal yaşamda erkeklerden daha dezavantajlıdır. Dünya genelinde 70 yaş ve üzeri yaşlıların %20'si, 85 yaş ve üzeri yaşlıların

%50 si banyo yapma, tuvalete gitme, elbise giyme, beslenme ve yatağa gitme gibi temel günlük yaşam aktivitelerini yeti yitimi nedeniyle yapamamaktadır. Aynı zorluklar günlük yaşamda gerekli olan araç-gereçleri (telefon etme, dışarı çıkma, parasal işlemleri yapma vb.) kullanmakta da görülmektedir. 70 yaş ve üzerindeki yaşlıların %60 ında, 75 yaş üzerindeki yaşlıların %90 ında toplam sağlık harcamalarının üçte ikisinin nedeni olan birden fazla kronik hastalık mevcuttur. Yaşlılarda %8-16 sıklığında depresyon görülmektedir. Kadınlarda, fiziksel yeti yitimi fazla olanlarda, bilişsel bozuklukları fazla olanlarda, sosyal izolasyonu olanlarda ve düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda depresyon daha fazla görülmektedir. Yeti yitimine neden olan fonksiyonel yetersizliklerin önemli bir kısmı görme, işitme, duyu kaybı ve kas gücünde azalmadan dolayı oluşmaktadır. Yaşlılarda önemli yeti yitimleri arasında mobilite yetersizlikleri de bulunmaktadır. 75 yaş üzeri yaşlıların %8 i, 85 yaş üzeri yaşlıların %25 i yardımsız ev dışına çıkamamaktadır. Yaşlılarda yeti yitim oranlarının 2040 yılında 4-5 katına çıkması beklenmektedir.

Yaşlılarda Yeti Yitimine Neden Olan Risk Etmenleri

Yaşlıda yeti yitimindeki risk etmenlerini belirlemede demografik, sosyal, yaşam stili, davranışsal, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir. Yaşlıda yeti yitiminde yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştirilemeyen risklerle birlikte, kronik hastalıklar, bilişsel ve duyuşsal yetersizlikler, depresyon, sedanter yaşam, sağlıksız davranışlar (sigara ve fazla alkol kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları), sosyal destek yoksunluğu gibi değiştirilebilen-müdahale programları ile kontrol altına alınabilen bireysel riskler ve fiziksel ve sosyokültürel engeller, sosyal destek yoksunluğu, güvencesizlik gibi değiştirilebilen çevresel riskler rol oynamaktadır.

“Burden of Disease Network Project” sonuç raporunda yaşlılıkta fonksiyonellik ve yeti yitiminin belirleyicisi olarak tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş kronik hastalıklar, bilişsel veya duyuşsal yetersizlikler, depresyon, genetik-fiziksel nedenler sonucu gelişen fonksiyonel sınırlılıklar, davranışsal (diyet, sigara, fizik aktivite) belirleyiciler, kültürel, psikolojik ve çevresel nedenler belirtilmiştir.

Stuck ve arkadaşlarının Nagi tarafından geliştirilen “yeti yitim modeli” ni uyarlayarak yaptığı yaşlıda yeti yitimini etkileyen davranışsal ve sağlıkla ilgili risk etmenleri araştırmasında aşağıdaki etmenlerin yitimde en yüksek belirleyici olduklarını saptamıştır: depresyon, hastalık yükü, artmış veya azalmış vücut kitle indeksi, alt ekstremitelerde fonksiyon kısıtlılığı, sosyal iletişim azlığı, düşük düzeyde fiziksel aktivite, sağlığın kötü algılanması, sigara tüketimi ve görme bozukluğu. Hipertansiyon, yüksek kan ve lipid düzeyleri, düşük kemik dansitesi gibi kronik rahatsızlıklar, alkol ve sigara tüketimi de risk etmenleri arasında gösterilmektedir. Balzi ve ark.nın 70 yaş ve üzeri toplumda yaşayan yaşlılarda 3 yıllık izlem sonucunda yeti yitimini belirleyen risk etmenleri araştırmasında düşük fiziksel aktivite, yüksek kalorili besin tüketimi ve alt ekstremitelerin az kullanımının başlıca belirleyici oldukları saptanmıştır.

Yaşlıda yeti yitiminde demografik ve sosyoekonomik risk etmenlerini belirleme araştırmalarında genellikle kadınlarda, ileri yaşlı grubunda (85 yaş ve üzeri), düşük eğitimlilerde ve düşük gelirlielerde yeti yitiminin daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Yeti Yitiminin Getirdiği Sorunlar

Yaşlıda yeti yitimi ağırlık derecesi ile orantılı biçimde yaşadığı evde bakım desteğini veya bakımevlerinde bakımı gerektirebilir, hastane yatışı, sağlık harcamaları ve erken ölüm artar. Yeti yitimi bir yandan orantısız günlük yaşam aktivitesini olumsuz etkilerken, diğer yandan yaşlının ayaktan veya yatarak kısa ve uzun süreli bakım gereksinimini artırır. Artan yaşla birlikte sağlık harcamalarının fazlalaşması özellikle kaynak sıkıntısı çeken düşük gelirli toplumlarda büyük sorunlar yaratır. Endüstriyel olmayan ülkelerde genellikle kültürel nedenlerle yaşlı yeti yitim sorunlarına rağmen aile içinde bakılmaya çalışılır, yaşlılarda sosyal izolasyon oranı daha düşüktür. Ancak yaşlıya bakım kalitesi ve yapılan düşük sağlık harcaması (kaynak ayırımı) sorun yaratır. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde yeti yitimli yaşlıya evde bakım hizmetleri (profesyonel sağlık çalışanları veya volonterler tarafın-

dan verilen hemşirelik bakımı, ilaç verme, fizik tedavi; yemek yedirme, giyinme, alış-verişe çıkarma gibi sosyal aktivitelere destek) düşük ve yetersizdir. Yaşlıya uzun süreli kurumsal bakım hizmeti veren resmi veya özel bakım evleri ve yaşlı barınma evleri de nicel ve nitel olarak yetersizdir. Ayrıca yaşlının sağlık güvencesinin olmayışı veya yetersiz oluşu verilen sağlık hizmetini olumsuz etkiler. Endüstriyel ülkelerde (başta Japonya olmak üzere) yaşlı için sağlık harcamaları yüksek olup, yaşlıya verilen ambulator ve tıbbi hizmetler, hastane yatışları ve cerrahi girişimler daha yüksek orandadır.

Ülkemizde Yaşlılarda Yeti Yitimi ile İlgili Bazı Çalışmalar

Ülkemizde yeti yitimi sıklığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması”na göre özürlü nüfus toplam nüfusun %12.3’ünü oluşturmaktadır. Görülme sıklığı 60-69 yaşta %37; 70 yaş ve üzerinde %44 olup, kadınlarda daha fazladır. “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması, İkincil analizi” raporuna göre özürlü nüfusun yaşlılarda dağılımı şöyledir: genel nüfusa göre özürlülük oranı 65-69 yaş grubunda %4.9, 70-74 yaş grubunda %3.9, 75-79 yaş grubunda %3.0, 80-84 yaş grubunda %1.7, 85 yaş ve üzerinde %1.2 dir. (Kaynak: Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, İkincil Analizi, TÜBİTAK 2006) Ortopedik, görme ve işitme yeti yitimi yaşlı nüfusta diğer yaşlardan daha fazladır. Kronik hastalık sayısı ve bu hastalıkların kontrollü olmaması, düşük eğitim, düşük sosyoekonomik düzey, yalnız yaşam, sosyal izolasyon, işsizlik, olumsuz iç ve dış çevre koşulları, sağlıksız beslenme ve sedanter yaşam ve ileri yaşlılık yeti yitiminin sıklığını artıran risk etmenleridir.

Kayseride il merkezinde yerel ölçekte yapılan bir araştırmada özürlülük sıklığı tüm nüfusta %11.5 iken, 65 yaş ve üzerinde %48.5 gibi oldukça yüksek saptanmıştır. Yine bu çalışmada özürlülüğün %88.9’u edinsel olduğu ve edinsel özürlülüğünde en önemli nedeninin kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır. Kayseride yapılan bu çalışmanın en önemli bulgusu ise özürlü kişilerin %88.4’ünde öze yönelik alet-cihaz kullanmadığı ve %90.5’inin rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı sonucudur. 1999’da ülkemizde 23 ilde huzurevlerinde yaşayan 60 yaş ve üzerinde yaşlıları kapsayan bir çalışmada, özürlülük oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4 idi. Günlük yaşam aktivitelerinde kadınların %46.8’i, erkeklerin %71.8’i bağımsız olduğunu saptanmış. Özürlülüğe neden olan en sık sorunun kronik hastalıklar olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalar içinde, Konya’da 65 yaş üzeri kadın yaşlılarda yapılan bir çalışmada en yüksek sıklıkta özürlülüğün bildirildiği görülmektedir ve bu çalışmada özürlülük %79.2 bulunmuştur.

Oluşturduğu sonuçları itibariyle yeti yitimi sağlık harcamalarını artırdığından sağlıklı yaşlanmayı sağlayan bedensel, ruhsal ve sosyal koruyucu önlemlerin erken yaşlarda alınması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, rehabilitasyon ve uzun erimli bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulması gerekmektedir. Türkiyede yeti yitimi liler yetersiz de olsa sağlık, eğitim, bakım ve rehabilitasyon, meslek ve beceri edindirme, aile rehberliği ve danışmanlık, sosyal ve kültürel hizmetlerden yararlanmaktadır. Ayrıca özürlülerin toplu taşıt araçlarından yararlanma, bina, cadde ve sokaklardan engellilere uygun düzenlemeler de yetersizdir.

KAYNAKLAR

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 yılı sonuçları. TÜİK Haber Bülteni Sayı 19 Ocak 2011.
2. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Türkiye ve Dünyada yaşlanma ve sorunları Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7(2):105-110i.
3. Akın B, Emiroğlu O. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6(2):59-67.
4. Stuck AE. Risk factors for functionel status decline in community-dwelling elderly people: a systematic literature review. Sol Science Med 1999;48:445-69.
5. Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, et al. Risk factors for disability in older persons over 3-year follow-up. Age Ageing 2010;39:92-8.
6. Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Arslan S, Bilgili N. Reproductive history, socioeconomic status and disability in the women aged 65 years or older in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2010;0:11-5.
7. Berker E. Yaşlı Özürlülüğünün Boyutları. Türk Fiziksel Tıp ve Rehab Derg 2006;52(Özel Ek A):A3-5.
8. Disability in Old Age Final Report; Conclusions and Recommendations. The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology University of Jyväskylä Finland, 2004.
9. Evcı D, Ergin F, Beşer E. Home accidents in the elderly in Turkey. Tohuko J Exp. Med 2006;209:291-301.
10. Kahya NC, Zorlu T, Ozgen S, Sari RM, Sen D, Sagsoz A. Psychological effects of physical deficiencies in the residences on elderly persons: A case study in Trabzon old person's home in Turkey. Applied Ergonomics 2009;40:840-51.
11. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakcıfe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı bölgesindeki yaşlılarda ev içi kazalar. Turkish Journal of Geriatrics 2004;7(2):89-94.
12. Dönmez L, Gökkoca Z, Dedeoğlu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2005;40:213-23.
13. Alıç S. Kayseri il merkezinde seçilmiş kent tipi bir sağlık ocağı bölgesinde özürlülük sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans Tezi.
14. Ürker Ş. Türk Mevzuatında Özürlülük Terminolojisi. Özveri Dergisi <http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov13/ov13mak5> 10.01.2012
15. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002-Turkey Disability Survey 2002. http://www.ozida.gov.tr/?menu=arastirma&sayfa=tr_ozurluler_arastirmasi 10.12.2011.
16. WHO. World Report on Disability. 2011 http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html 1.01.2012.
17. WHO. World report on disability. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter2.pdf. 18.11.2011.
18. Gökçe-Kutsal Y. Neden geriatri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55 (Özel Sayı 2):51-6.

HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA EVDE BAKIM HİZMETLERİ; DURUM TESPİTİ

Didem ARSLANTAŞ*

ÖZ

Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilir ve her geçen gün yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusla birlikte kronik dejeneratif hastalık sıklığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken bağımlı olma durumu ve yalnız yaşayan yaşlı sayısı giderek belirginleşmektedir.. Yaşlılar için temel hedef fonksiyonel kapasitenin artırılması, kendi kendine bakımın desteklenmesi ve sosyal ilişkilerin güçlendirilmesidir bu kapsamda yardıma ihtiyacı olan yaşlının bir an önce desteklenmesi ilk amaçtır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında geliştirilen “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” stratejilerinden biri “yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması”dır. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmenliği'ne göre evde bakım ‘Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır’. Evde bakım hizmeti her yaş grubuna sunulan bir hizmet olmakla birlikte özellikle yaşlı grubu daha yakından ilgilendirmektedir. Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Evde bakımın yaşlılıkta; fiziksel ve psikolojik sağlık, kişilerarası ilişkiler, bağımsız iş yapabilme gibi süreçler üzerinde son derece olumlu etkisi vardır. Uzun süreli bakım ihtiyacının evde bakım hizmeti ile karşılanması ve bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan biridir. Bütün dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır. Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 yaş yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilir. Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre yaşlı nüfus oranı %4,3 iken, 2000 yılında bu oran %5,6'ya yükselmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %7 dir (1-3).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç dönem dikkat çekmektedir. Bunlar Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen hizmetler, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen hizmetler ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmetleridir. Türkiye’de

* Doç. Dr.,Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” ile ilgili çıkarılan yasa ile bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, doğal ve sonradan ortaya çıkan eksikliklerini gidermek, sağlık durumunun devamlılığını sağlamak amaçlanmaktadır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren bu yasa ile ilgili ilke “sürekli hizmet ilkesi”dir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik planlı ve programlı bir sağlık politikası sunulmalıdır (4,5,6). Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı (7) Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Sanayileşme ve kentleşme ile birlikte aile yapısının değişimi geniş aileden çekirdek aileye kayış, göç sorunu gibi nedenlerle yaşlılar artık ev içersinde eski konumlarını koruyamaz hale gelmişlerdir ve yalnız yaşayan yaşlılar ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. hızla artan yaşlı nüfusun fiziksel ve mental sağlığını koruyucu önlemler alınmalı, yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler tanınarak yaşlının tedavi ve bakımı planlanmalıdır (8,9). Ülkemizde, yaşlıya sunulan hizmetler evde bakım, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri başlıkları altında toplanmakta, evde bakım sıklıkla bireysel olarak verilmekteyken diğer hizmetler kurumsal olarak verilmektedir. Kurum bakımının pahalı olması ve bakıma gereksinim duyan bireyi toplumsal hayattan soyutlaması gibi nedenler, günümüzde yakın çevre içerisinde bakıma olanak sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır. Yaşlının ev ortamından ayrılmadan bakımının sağlanması düşüncesiyle yola çıkılarak ‘Evde Bakım Hizmeti’ gündeme gelmiştir (10,11). Evde bakım, yeni bir kavram olmayıp 1700’ lü yılların sonunda İngiltere’ de, ardından da ABD’ de ortaya çıkmıştır. Bu hizmet yenidoğandan yaşlılığa kadar her yaş grubuna sunulmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin götürüldüğü yaş grubu ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar olduğu gibi buna ilave olarak kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da olabilmektedir ve 1998 yılında ev hizmeti alanların Avusturya’da, Almanya’da ve ABD’de %60-80’nini 65 yaş ve üzerindekiiler oluşturmaktadır (12,13).

Evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (13) DSÖ’ne göre evde bakım ; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (14) Sağlık Bakanlığımız tarafından 2002 yılında geliştirilen “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” stratejilerinden biri “yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması” dır (16). Sağlık Bakanlığı 2005 yılında evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemek amacıyla “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” hazırlamıştır Kronik hastalığı ya da sakatlığı olanlar ile taburcu olduktan sonra tedavi alması gerekenler için kişileri yeniden sağlığına kavuşturmak, gelişebilecek komplikasyonlara engel olmak için multipl sağlık ve sosyal hizmetleri profesyonellerce ev ortamında sunmaktır. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmenliği’ne göre ise evde bakım ‘Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır’ (evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkındaki yönetmelik) (7).

Evde bakım hizmeti bireyin ihtiyaçları doğrultusunda planlanmalı ve hastalık nedeniyle kısıtlanan günlük yaşam aktivitelerini arttırmak ve bağımsızlığa kavuşmasını ve yaşam kalitesini düzeltmek amacıyla yapılmalıdır. Evde bakımda birey evinde sağlık durumuna göre sürekli hizmet alabilmekte ya da belirli günlerde/saatlerde ziyaret edilmekte ve tedavisine/bakımına ilişkin düzenlemeler anında yapılabilmektedir (3,17).

Yaşlılıkta sağlığın sürdürülmesinde fonksiyonel kapasitenin artırılması, kendi kendine bakımın sürdürülmesi ve ilerletilmesi ve sosyal ilişkilerin desteklenmesi hedef alınmaktadır. (18) Bu hedeflere ulaşmada anahtar; sağlık sistemi içinde yer alan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin ve sosyal destek hizmetlerinin entegre edilmesidir (19).

Evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda en çok görülen hastalıklar problemler, kardiyak, ortopedik, solunum problemleri ve diyabettir. Yaşlılarda en sık görülen bakım problemleri ise bilgi eksikliği, beslenme bozukluğu, hareketsizlik, öz-bakım yetersizliği, etkisiz solunum, tedaviye katılma/sürdürme güçlüğüdür. Bu problemler bakım planlanması aşamasında dikkatle ele alınmalıdır (20,21).

Evde bakım kronik hastalığı veya sakatlığı olan veya taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken veya terminal dönemde olan kişilere sağlığını yeniden kazandırmak, yükseltmek ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için farklı disiplinleri içeren sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde bireyin kendi yaşadığı yerde verilmesidir. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre evde bakım hizmetleri, "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil, tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulmasıdır" (7).

Yaşlıların evde bakım konusunda etrafından aldığı destek arkadaşlık ilişkileri, komşuluk ilişkileri onun yaşam kalitesini direkt etkilemekte ve bakım ile ilgili kolaylık sağlamaktadır (22).

Evde bakım hizmeti planlanırken öncelikle yaşlının kapsamlı bir değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirmede yaşlının fiziksel, mental, emosyonel değerlendirilmesinin yanı sıra, yaşadığı ortam da mutlaka değerlendirilmelidir (ev ortamının bakım için uygun olup olmadığı, bakıma katılabilecek/ destek olabilecek aile üyelerinin/yakınlarının varlığı ve bakım için uygunluğu, ev ortamı/çevresinin yaşlı güvenliği açısından (basamaklar, yer kaplamaları, halı/kilim, tutunma barları, mobilyaların durumu, ışıklandırma vb) uygunluğu, alışveriş, banka işleri vb işlerinin nasıl yapıldığı gibi). Değerlendirmeden sonra hangi düzeyde evde bakım hizmetlerine gereksinim olduğu belirlenmelidir (21,23).

Evde bakım hizmetleri akut, postakut, rehabilite edici ve uzun süreli bakım şeklinde sunulabilir. Uzun süreli evde bakım, hem tıbbi hem de sosyal bakımın birlikte verildiği, ancak sosyal bakımın daha yoğun uygulandığı hizmetlerdir (7).

Evde bakımın kurum bakımına kıyasla aşağıda yer alan birçok üstünlüğü vardır (13,24-26):

- ✓ Evde bakımda, kurumdakilere göre bireyin hijyenik gereksinimleri daha rahat karşılanır.
- ✓ Evde bakım yaşlının ailesi ve çevresiyle iletişimini sürdürmesine yardım eder; böylece uzun süreli bakım gereksinimi olanlara psikolojik destek sağlar. Evde bakım hizmeti alanlarda depresyon, anksiyete ve stres insidansı, kurumda bakılanlara göre daha azdır.
- ✓ Yaşlının alışık olduğu ortamda bakım alması, kendisini daha rahat ve bağımsız hissetmesini sağlar, çok daha mutlu ve huzurlu olur.
- ✓ Terminal dönemdeki yaşlının evde bakılması, kurum bakımı ile kıyaslandığında, yaşlı yakınlarının durumla baş etmelerini kolaylaştırır.
- ✓ Evde bakım ile aile bireylerinin üzerinden direkt bakım sorumluluğu alınacağı için, bakıma destek olan aile üyeleri daha az tükenmişlik yaşar, iş ve sosyal yaşantılarını daha rahat sürdürür.
- ✓ Evde bakım alanlar hastanede yatanlardan daha hızlı iyileşir; nozokomiyal infeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.
- ✓ Evde bakım hastanede yatış süresini azaltır, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını artırır.
- ✓ Evde bakım hastaneye, acil ve yoğun bakıma dönüşleri azaltır.
- ✓ Evde bakım ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması kronik hastalıkların bakım ve tedavi maliyetlerini azaltır.
- ✓ Evde bakım maliyet etkilidir, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar ve Türk ailesinin geleneksel yapısına uygundur.

Evde bakım hizmeti verebilecek kişiler arasında; hekimler, hemşireler, ebeler, sağlık memurları, sağlık teknisyenleri, fizyoterapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve sertifikalı kişiler sayılmaktadır.

Evde bakım hizmetleri arasında şunlar sayılabilir (1,3):

- ✓ Sağlığın geliştirilmesi ve korunması
- ✓ İkincil hastalıkların ve özürlülüğün önlenmesi
- ✓ Kişisel bakımın sağlanması

- ✓ Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı
- ✓ Ev işleri hizmeti
- ✓ Evde rehabilitasyon
- ✓ Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerin giderilmesi)
- ✓ Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi
- ✓ Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması
- ✓ Bakım alamsı gereken kişiler için zaman zaman kurumsal bakımın planlanması ve yakınlarına dinlenme olanağı sağlanması
- ✓ Temel ve özel gereksinimler (inkontinans ve demans gibi) için destekleyici alet ve ilaç sağlanması.

Ayrıca hasta ile ilgili bilgi toplama, kayıt altına alma, izleme, değerlendirme ve geri bildirimde bulunma gibi hizmetlerde bu kapsamda alınabilir. Evde bakım hizmetleri yeni bir alan olması nedeniyle dezavantajlarını da beraberinde getirmektedir. Ciddi bir denetim sorunu mevcuttur. Planlanma aşamasından itibaren uygulama ve denetleme hatta hizmeti sunacak personelin eğitimi gibi pek çok konuyu içine alan düzgün bir mekanizmanın kurulması gerekmektedir. Evde bakım hizmetleri verilirken, karışık, sarmal, birbirinin içine girmiş sağlık bakımı gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır. Personel alışmış olduğu ortamın dışında hizmet verdiği için verimlilik azalacaktır, her an bakım hizmeti verecek sağlık personelinin ailenin yanında olamaması (özellikle acil durumlarda) evde bakım hizmetinin kısıtlılıkları arasında yer almaktadır (4,27).

Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) verilerine göre özürlü nüfusun toplam nüfusa oranı %12.29 olarak belirtilirken %9.7 lik payın kronik hastalıklara bağlı olduğu ifade edilmektedir. Aynı araştırma sonuçlarına göre özürlü nüfusun %4den fazlasının evde bakım hizmeti beklentisi içinde olduğu ifade edilmektedir (28,29).

Türkiye’de Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınamadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetleri sunulmaktadır (10).

Nazilli Devlet Hastanesi ve Denizli Devlet Hastanesinde 2006 yılında oluşturulan evde bakım birimleri hizmet vermektedir (30).

T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nce düşünülen “Yaşlılara Evde Bakım, Destek ve Yardım Hizmetleri” projesi doğrultusunda, Ankara Bahçelievler ve Aşağı Ayrancı Semtlerinde oturan 300 yaşlı ile bir araştırma yapılmış, araştırmada yaşlıların ihtiyaçları ile beklenen hizmet türleri arasında paralellik görülmüş, araştırma sonucuna bağlı olarak, hazırlanan projede (31);

- ✓ Acil Sağlık hizmetleri,
- ✓ Gündüzlü hizmet merkezleri,
- ✓ Temizlik hizmetleri,
- ✓ Sosyal etkinlikler,
- ✓ Evlere yemek servisi,
- ✓ Tamirat, tadilat işleri ile ilgili hizmetlerin sunulması planlanmıştır.

Ankara’nın Çankaya ilçesinde yapılan tüm bakım nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı %8.7 olarak belirtilmektedir ve bu sıklık 65 yaş ve üzeri olan grupta %42.3’e kadar ulaşmaktadır (32).

Eskişehir ili Yetmiş beşinci yıl mahallesinde yapılan bir başka çalışmada ise son bir yıl içinde bakım verenlerin

prevalansı %3.7 olarak bildirilmektedir. Yaşlı popülasyonda (65 yaş ve üzeri grupta) bu sıklığın %53.2 ye kadar çıktığı vurgulanmaktadır (33).

Yaşlı dayanışma hizmetleri yanı sıra evde yaşlılara psikolojik-sosyal destek sağlamak ve Alzheimer, demans gibi hastalıklarda gündüz bakımının da yerine getirilebilmesi için 07.08.2008 tarihinde “ yaşlı hizmet merkezlerinde sunulacak gündüzlü yaşlı bakımı ile evde yaşlı bakımı (evde yaşama destek) hizmetleri hakkında yönetmelik” yürürlüğe girmiştir. Bundan sonra hizmete açılan 5 yaşlı hizmet merkezinde toplam 951 yaşlıya dayanışma hizmeti sunulmaktadır. Yaşlı dayanışma merkezleri Ankara-Mamak, Ankara-Emek, Çanakkale, İzmir Nebahat Dolman ve Eskişehir’de yer almaktadır. İzmir Nebahat Dolman yaşlı hizmet merkezi tarafından 400 yaşlıya ulaşılmış ve halen 15 yaşlıya evde bakım hizmeti götürülmektedir (34). Eskişehir Yaşlı Hizmet merkezinde şubat 2010 tarihinden itibaren Evde bakım hizmeti sunulması yönünde çalışmalara başlamıştır. Ayrıca ocak 2011 tarihinden itibaren Eskişehir il Sağlık Müdürlüğü tarafından Evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu kapsamda 1993 kişiye hizmet götürülmekte bunun %41.1 de hizmeti Aile hekimi götürürken geri kalanı Eskişehir Devlet Hastanesi, Yunusemre Devlet Hastanesi ve Doğumevi tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım hizmeti talep edilen hastalık grubunun %50’si Alzheimer, Demans, Serebro vasküler olay ve hemipleji nedenlidir. Bunların içinde 65 yaş üstü hizmet götürülen kişi sayısı 1482 (%74.3) (35).

İzmir Karaburun ilçesinde gerçekleştirilen Karaburun Sağlıklı Yaşlanma Projesi’nde düzenli ev ziyaretleri ile 75 yaş ve üzeri yaşlılara sosyal sorunlarına çözüm yolları üreterek sağlıklı yaşlanmalarının sağlanması, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması ile ilgili destek verilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda durum tespiti yapıp belirlenen yaşlılar haftada bir kez izlenmektedir. İzlem fişi eşliğinde sağlık durumu ve davranışları, ilaç kullanımları, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal destek durumları, kaza ve kaza riskleri sorgulanmaktadır. Haftalık ve aylık toplantılarla süreç değerlendirilmektedir (36).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı ve İzmir İl Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)nun birlikte yürüttüğü **Ege Yaşlı Hizmet Merkezi projesi** sütunlarının birini sağlık hizmetleri diğerini sosyal hizmetlerin oluşturacağı tek çatı modeline dayanmaktadır. Oluşturduğu modelle ülkemizde ilk olacak Ege Yaşlı Hizmet Merkezinin temelini, yaşlıya bütüncül yaklaşım oluşturmaktadır. **Ege Yaşlı Hizmet Merkezi** sosyal ve sağlık alanda koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir arada verirken yaşlı ve yakınları için de eğitimler vererek danışmanlık yapacaktır. Modelin diğer bir özelliği de sağlık hizmetinin 3. basamakta verilmesidir (37).

Samsun Vezirköprü kaymakamlığı ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından hazırlanan “Yaşlılara evde bakım hizmeti” projesi kapsamında ilçe merkezinde yaşayan kimsesiz maddi durumu yetersiz, yaşlı ve bakıma muhtaç olan ve Kaymakamlık Sosyal yardımlaşma Vakfı tarafından tespit edilen 21 vatandaşın yaşadıkları çevreden koparılmadan beslenmeleri, temizlikleri, ısınma giderleri ,sağlık sorunları ile her türlü bakım ve ihtiyaçları kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından giderilecektir (38).

Sonuç olarak, nüfusun yaşlandığı gerçeği ile karşı karşıya olan Türkiye için yaşlılığa bağlı kronik dejeneratif hastalık sıklığının da her geçen gün arttığı düşünülecek olursa bu hastalıklar ve özürlülüğe bağlı uzun süreli bakım gereksinimine çok daha fazla ihtiyaç duyulacağı bir gerçektir. Uzun süreli bakım ihtiyacının Evde bakım hizmeti ile karşılanması ve bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.
2. <http://www.who.int/ageing/en/> Erişim: 12.9.2011.
3. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe. World Health Organization, 2008.
4. Karadağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyo-loji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Yüksek lisans tezi. Ankara 2007.
5. 224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.
6. Tuncel N, Şanlı T, Perk M. Halk sağlığı hemşireliği Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları 1993.
7. Evde bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. R.G. Tarihi: 10.03.2005 R.G.Sayısı : 25751.
8. Karabulut ÖÖ, Başalan İz F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Hemşirelik Forumu 2002;5(6):51-3.
9. Ekici B, Özdemir S. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu 2003;6(4):27-36.
10. Danış MZ . Toplum Temelli Bakış anlayışı. Özveri Dergisi 2006 <http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov3/ov3ttrbakim>. 12.9.2011.
11. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(4):32-9.
12. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, et al. Sağlık Hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Derg-İstanbul Med J 2010;11(3):125-32.
13. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Türk Geriatri Dergisi 2002;5(4)155-9.
14. <http://www.who.int/chronic conditions/Itc/en>. Erişim: 08.08.2005.
15. World Health Organization Technical Report Series, 898. WHO, Geneva. Home based long term care, 2000:1-41.
16. T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010. Sağlık Bakanlığı yayın no:781.
17. Nahcivan ÖN. Evaluation of risks reported by individuals in the home care process (in Turkish). Proceedings, 1st National Congress of Domestic Care, Marmara University, 24-26 September 1998, İstanbul.
18. Gökkoca ZU, Baharlı Etiler N. Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları. HÜ Topl Hek Bült 1999; 20:3-4.
19. Erdil F. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf. Erişim: 12.9.2011.
20. Pınar R. Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri Dergisi 2010:153-6.
21. Rice R. Home Care Nursing Practice: Concepts and Application. 4 th ed, The Mosby, Phoenix, 2006, pp 443-55.
22. Scott A, Werger GC. Gender and social support networks in later life. In: S.Arber, J.Ginin (Eds.) Connecting gender and ageing: a sociological approach. Buckingham: Open University Pres, 1997.
23. Halil M, Cankurtaran M. Geriatrik hastaya yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(6 Suppl 1):262-6.
24. Aydın D. Evde bakım hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, 2005, Ankara.
25. Lueckenotte AG Gerontologic nursing. (2nd ed.), Mosby Company, St Louis, 2000 pp 781-9.
26. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008;(1):39-49.
27. Karamercan E. Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 2001:39:935-44.
28. DİE Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr_ozurluler_arastirmasi/pdf:. 12.9.2011.
29. Onarcın M. Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal sistemimize entegrasyonu için stratejiler. II. Ulusal Evde bakım kongresi Kitabı 2008, pp 59-67.
30. İşbilir A. Nazilli Devlet hastanesi evde bakım biriminin çalışmaları II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul 2008.
31. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>. Erişim: 12.9.2011.
32. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):19-31.

33. Koç. F. Evde bakım hizmeti ve gelişimi. Uzmanlık tezi 2009, Eskişehir.
34. Çohaz A. Türkiye’de yaşlı ve yaşlılara sunulan bakım hizmetleri. Akademik Geriatri Dergisi 2010;122-6.)
35. Sağlık Bakanlığı Eskişehir ili Sağlık Müdürlüğü Evde Bakım Hizmet Birimi Verileri, 2011.
36. Okuyan Z, Şimşek H, Uçku R. Karaburun’da sağlıklı yaşlanma projesi.4. Ulusal yaşlı sağlığı kongresi. Türk Geriatri Dergisi 2010;13(1):24.
37. Şahin S. Yeni bir model: Ege yaşlı hizmet merkezi. Akademik Geriatri Dergisi 2010;141-4.
38. http://www.vezirkopruajans.com/index.php?option=com_content&view=article&id=777:yallara-evde-bakm-hizmeti-projesi-hazrlan&catid=1:guncel&Itemid=3. 12.9.2011.

YAŞLILIK VE MESLEK ODALARI ÇALIŞMALARI

Deniz AKGÜN*

ÖZ

Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı'nda yaşlıların karar verme sürecinin bütün aşamalarında katılımının sağlanmasına yönelik eylem önerileri yer almaktadır. Bir diğer uluslararası çalışma olan Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı kentler projesinin dördüncü fazında da şehirlerde yaşlı kişilerin karar alma süreçlerine anlamlı bir şekilde katılım gösterebilmelerine ve katkıda bulunabilmelerine olanak sağlayacak mekanizmalar oluşturması öngörülmüştür.

Çeşitli mesleki ve yaşam deneyimine sahip olan yaşlıların toplumdaki karar verme süreçlerine katılım mekanizmalarından bir tanesini de meslek odaları içindeki faaliyetleri oluşturmaktadır. Meslek odalarının şehir planlaması, kent konseyleri faaliyetleri, sağlıklı şehirler projesi çalışmaları, çevresel etki değerlendirmesi, sosyal etki değerlendirmesi, sağlık etki değerlendirmesi ve toplum sağlığının korunması süreçlerinde mesleki birikimlerden kaynaklı roller üstlenebildikleri görülmektedir. Meslek odaları aynı zamanda bilimsel çalışmalar yürüterek bu çalışmaların sonuçlarından yararlanarak gerekli önerilerde de bulunabilirler. Örneğin; 2007 yılında Ankara Tabip Odası Türk Geriatri Derneği işbirliğinde kendisine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri hekimlerin sağlık ve yaşam profillerinin saptanmasına yönelik bir bilimsel araştırma yapmış, bu araştırma sonucunda da ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda kendi çalışmalarına yön verebilmiştir.

Yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşlılık döneminin önemli bir sorunudur. Aktif çalışma yaşamının sona ermesi anlamına gelen emeklilik süreci bireyin sosyal yaşamdan uzaklaşması sorununu da beraberinde getirebilmektedir. Günümüzde; emeklilik, eşlerden birinin ölümü, çocukların evden ayrılması, sağlık sorunları gibi nedenlerle çoğu yaşlı yalnızlık ve sosyal izolasyon sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, medikal problemlerden daha fazladır ve medikal problemlerin daha ağır yaşanmasına yol açmaktadır (1). Yaşlıların sosyal izolasyon riskini ortadan kaldırarak yerel düzeyde yaşlılıkla ilgili sorunlara çözüm üretilmesi sürecine katılımlarının sağlanması önem taşımaktadır.

Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı'nda yaşlıların karar verme sürecinin bütün aşamalarında katılımının sağlanmasına yönelik eylem önerileri yer almaktadır. Eylem Planı'nda bütün karar verme düzeylerinde, yaşlıların ihtiyaçları ve sorunlarının göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca yaşlıların gönüllü çalışmalar için uygun koşullar yaratılması ve gönüllü çalışmalardan az faydalanan ya da hiç faydalanamayan yaşlıların katılımının kolaylaştırılması önerilmektedir.

Çeşitli grupların yönetime katılabilmesine yönelik mekanizmalara olanak tanıyan katılımcı demokrasi, öncelikle duyarlı bireyin kendi alan, mekan ve sorunları çerçevesinde örgütlenmesini öngörmektedir. Dolayısıyla bi-

* Uzm. Dr. Isparta Merkez Toplum Sağlığı Merkezi

reyin günlük yaşamda birebir karşılaştığı kaldığı sorunların aşılması yönünde oluşturduğu dernek, vakıf, kooperatif, sendika, meslek odası gibi örgütlenmelerin yerel ve merkezi yönetimlerde aktif unsur olarak rol oynamaları önem taşımaktadır (2).

Yaşlıların Meslek Odaları Aracılığıyla Karar Mekanizmalarına Katılımı

Çeşitli mesleki ve yaşam deneyimine sahip olan yaşlıların toplumdaki karar verme süreçlerine katılım mekanizmalarından bir tanesini meslek odaları içindeki faaliyetleri oluşturmaktadır. Meslek odalarının şehir planlaması, kent konseyleri faaliyetleri, sağlıklı şehirler projesi çalışmaları, çevresel etki değerlendirmesi, sosyal etki değerlendirmesi, sağlık etki değerlendirmesi ve toplum sağlığının korunması süreçlerinde roller üstlenebildikleri görülmektedir.

Şehir planlaması yaşlılar için sağlıklı bir çevre yaratılması konusunda anahtar bir role sahiptir. Yaşlılık dönemi yaşayan kentlinin talep ve gereksinimlerinin şehir planlama sürecine dahil edilmesi için konuyla ilgili meslek odalarının çalışmaları önem taşımaktadır. Mimar, mühendis ve şehir planlamacıları odalarının planlama çalışmalarına katılımı yoluyla yaşlılar için yaşanabilir ve sağlıklı kentlerin oluşturulması sürecine katkıda bulunması olanaklı olabilir.

Yaşlıların meslek odaları aracılığı ile karar süreçlerine katılımını destekleyecek bir diğer olanağı da yerel yönetimler düzeyindeki katılım mekanizmaları oluşturmaktadır. Herkes için sağlık ilkelerinin yerel düzeyde uygulanabilmesi amacını taşıyan Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Projesi'nin 4. fazında da şehirlerde yaşlı kişilerin karar alma süreçlerine anlamlı bir şekilde katılım gösterebilmelerine ve katkıda bulunabilmelerine olanak sağlayacak mekanizmaların oluşturulması öngörülmüştür.

Meslek Odaları Tarafından Yaşlılıkla İlgili Yürütülen Örnek Çalışmalar

Meslek odaları bilimsel çalışmalar yürüterek bu çalışmaların sonuçlarından yararlanarak ve gerekli önerilerde de bulunarak yaşlıların sorunlarına çözüm bulunmasına katkıda bulunabilmektedirler. Örneğin; 2007 yılında Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği işbirliğinde kendisine kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri hekimlerin sağlık ve yaşam profillerinin saptanmasına yönelik bir bilimsel araştırma yapmış, bu araştırma sonucunda da ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda kendi çalışmalarına yön verebilmiştir (3).

Bir diğer örnek çalışmayı ise Ankara'da bazı meslek odaları, dernek ve vakıfların katılımı ile oluşan Ankaram Platformu aracılığı ile yaşlılara uygun kentsel mekanların oluşturulmasına yönelik girişimler oluşturmaktadır. 2004 yılında bu amaçla "Yaşlılar nasıl bir Ankara istiyor?" (2004) başlıklı bir basın duyurusu hazırlanmıştır. Meslek odalarının katkısı ile hazırlanan bu duyuruda sokak ve caddeleri yayalara kapatılıp, otobana çevrilen bir kent yerine, yaşlısına duyarlılık gösterilen bir kentte yaşama isteğine vurgu yapılmıştır. Basın duyurusunda ayrıca kent yönetiminde yaşlı hemşehrilerin görüşlerini alan, genciyle, çocuğuyla buluşturan, her türlü etkinlikte yönetim sorumluluğunu ilgili kuruluşlarla paylaşılan bir kentin özleminin duyulduğu belirtilmiştir (4).

İlgili meslek odalarında bu gibi savunuculuk girişimlerinin sürdürülmesi yaşlı sağlığına katkı sunacaktır. Ayrıca Meslek Odalarının yaşlılıkla ilgili meslek mensuplarının çeşitli konularda eğitilmesine katkıda bulunması sağlanabilir. Yaşlılara hizmet vermesi beklenen meslek mensuplarının (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı,vb) hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması aşamasında meslek odalarının katkısı sağlanabilir.

Yaşlıların meslek odaları çalışmaları aracılığıyla karar mekanizmalarına katılımının sağlanmasında önem kazanan bir başka mekanizma da yerel yönetimlerdir. Belediyeler yurttaşlarının doğumdan ölümüne kadar bütün hizmetlerinden sorumlu olup, halka en yakın hizmet birimi durumundadır. Belediyelerin yaşlılara sağlık, beslenme, evde bakım, sosyal bakım ve sosyal rehabilitasyon gibi hizmetleri istenilir düzeyde vermeleri beklenmektedir. Yaşlı kişilerin, şehir sektör politikalarını, girişimlerini ve hizmet koşullarını aktif olarak etkileyebileceği, bu konularda önerilerde bulunabileceği ve gelişmeleri izleyebileceği olanaklardan birini de kent konseyleri gibi karar mekanizmaları oluşturmaktadır. Kent konseyleri bünyesinde yaşlılar meclisi oluşturulması ve kent konseyleri yönetimlerinde o kentte bulunan meslek odalarının aktif katılımının sağlanması da bu açıdan önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Danış MZ. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaşlılık_yoksulluk_yalnızlık.pdf. 17.2.2012.
2. Erten İ. TMMOB Demokrasi Kurultayı. Yerel Demokrasi Kurultayı. 15.Mart.1997, Çanakkale.
3. Aslan D, Kanuncu S, Gökçe–Kutsal Y. Ankara Tabip Odasına Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Hekimlerin Profili Araştırması. ATO Yayınları, Mattek Matbaacılık, Ankara, Eylül 2009.
3. Yaşlılar nasıl bir Ankara istiyor?. Ankaram Platformu. <http://www.mimarlarodasiankara.org/index.php?Did=1011> 17.2.2012.

YAZARLARIN KISA ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

(Soyad Alfabetik)

Prof. Dr. Songül ACAR-VAİZOĞLU	1984 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum. Pratisyen hekimlik ve Aile Hekimliği ihtisası yaptıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Halk Sağlığı (Çevre Sağlığı) yüksek lisans ve doktora programlarımı tamamladım. 1995 yılından beri çevre sağlığının farklı konularında çalışmalarımı sürdürmekteyim. Halen aynı kurumda çalışmama devam ediyorum.
Uzm. Dr.Deniz AKGÜN	1974 yılında İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de tamamladı; 1998 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1998-2011 yılları arasında Bartın Kurucasıle Merkez Sağlık Ocağı tabibi olarak çalıştı. 2001-2005 yılları arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD' araştırma görevlisi olarak çalıştı ve 2005 yılında Halk Sağlığı Uzmanı oldu. 2005-2007 yılları arasında Batman AÇS-AP Merkezi tabibi, Batman Halk Sağlığı Laboratuvar Müdürlüğü ve Batman İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü görevlerini yürüttü. 2007-2009 yılları arasında Aksaray Sağlık Müdürlüğü'nde Halk Sağlığı uzmanı olarak çalıştı. 2009'dan bu yana Isparta Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde görev yapmaktadır.
Prof. Dr. Ayşe AKIN	Tıp doktoru, Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve doğum ve uzmanı olup, halen Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.Başkanıdır. Dr. Akın Türkiye'de Erzurum-Çat Sağlık Ocağı Hekimliğinden başlayarak, Türkiye'nin sağlık sisteminin her basamağında çalışmış olup, sağlık ocağı hekimliği, başhekimlik, Genel Müdürlük gibi görevler yapmıştır. Dr. Akın 42 yıl Hacettepe Üniversitesinde akademisyen olarak çalışmıştır. Yurt dışı deneyimi oldukça fazla olan Dr. Akın, 4 yılı İngiltere-Southampton Üniversitesi ve London School of Hygiene'de ileri eğitime katıldı, Dünya Sağlık Örgütü Cenevre Merkez ve Avrupa Bölgesinin, yönetim ve çeşitli danışma kurullarında uzun yıllar yer almış, dünyanın pek çok ülkesine uluslararası danışman olarak hizmet sunmuştur ve sunmaktadır. Dr. Akın'ın temel ilgi alanı "Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Ayırıcılığı (Gender) konuları" olup, Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde kadın sağlığı ve aile planlaması konularında yürüttüğü çalışmaları Türkiye'nin sağlık politikalarına yön vermede etkili olmuştur örneğin Kadın sağlığı ile ilgili son derece önemli bir yasa olan 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Yasası"nın pek çok maddesine Dr. Akın ve ekibinin gerçekleştirdiği bilimsel araştırmalar temel teşkil etmiş ve yasa maddelerinde yer almıştır. Dr. Akın benzer çalışmalarını halen de sürdürmektedir. Prof. Akın'ın "Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı / Aile Planlaması ve Toplumsal Cinsiyet Ayırıcılığı" konularında çeşitli araştırma ve eserleri mevcuttur.

Doç. Dr. Didem ARSLANTAŞ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1991 yılında mezun oldu, 1991-1994 yılları arasında Eskişehir Devlet Hastanesi Acil servisinde mecburi hizmetini yaptı. 1995-1999 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. Halen aynı yerde öğretim üyeliği yapmaktadır. İlgilendiği konular : yaşlı sağlığı, sağlık eğitimi, kronik dejeneratif hastalıklar, yaşam kalitesi, epidemiyolojidir.
Prof. Dr. Dilek ASLAN	29 Temmuz 1970 tarihinde doğan Dr. Dilek Aslan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 31 Temmuz 1994 yılında mezun olmuştur. Halk Sağlığı ihtisasını Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 1996-2000 yılları arasında tamamlamıştır. 2000 yılında Halk Sağlığı Uzmanı olan Dr. Dilek Aslan 2004 yılında Beslenme ve Gıda Bilimleri Bilim Uzmanı olmuştur. 2005 yılında Doçent ve 2010 yılında Profesör unvanlarını alan Dr. Aslan, halen Toplum Beslenmesi, Uluslararası Sağlık, Yaşlı Sağlığı gibi halk sağlığının temel disiplinlerinde çalışmalarını sürdürmektedir. Bununla birlikte hekimlik yaşamının önemli bir sorumluluğu olarak değerlendirdiği ve kabul ettiği bütün kontrolü çalışmalarını 10 yılı aşkın süredir çeşitli düzeylerde sürdürmektedir. Dr. Aslan'ın ulusal ve uluslararası yayınları, ilgili dernek ve meslek örgütlerine üyelikleri bulunmaktadır. Dr. Aslan Türk Geriatri Derneği genel sekreterliği görevini de sürdürmektedir.
Prof. Dr. Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ	1959 Mersin doğumlu olan Dr. Şevkat Bahar-Özvarış, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1982 yılında mezun olmuş, Kayseri-Pınarbaşı'nda mecburi hizmetini tamamladıktan sonra, 1984-1988 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nde görev yapmıştır. 1988-1992'de Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda halk sağlığı uzmanlık eğitimini tamamlamış, 1993-1996'da aynı anabilim dalında yardımcı doçent, 1996-2005 arası doçent olarak çalışmış, 2005'de profesör olmuştur. 1999'da Hacettepe Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Bölümü'nde "Program Geliştirme ve Öğretim" alanında yüksek lisans yapmış, 2003 yılında ABD'nde Harvard Tıp Fakültesi'nde "Tıp Eğitimi" alanında misafir öğretim üyesi olarak bir yıl süreyle çalışmıştır. Halen, Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Dalı'nın öğretim üyesi ve Hacettepe Üniv. Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin (HÜKSAM) müdürü olarak çalışmaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Elçin BALCI	Dr. Elçin Balcı, tıp eğitimini İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 1994 yılında tamamlamıştır. Mecburi hizmetini Artvin ili Şavşat ilçesinde yapmıştır. 2001 yılında T.U.S. ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda ihtisasa başlamış ve 2005 yılında uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. 2005–2009 yılları arası öğretim görevlisi olarak görevini yürüten Dr. Balcı, 2009 yılından beri Yard. Doç. Dr. kadrosuyla aynı anabilim dalında öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Dr. Balcı aynı zamanda 2005 yılından beri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkan Yardımcısı olarak da görevlidir. Halk sağlığı alanında 29 araştırma makalesi ve 74 kongre tebliği olan Dr. Balcı, İl Tütün Kontrol Komitesi Yürütme Kurulu Üyeliği, İl Sağlık Müdürlüğü Anne Ölümleri İnceleme Komisyonu Üyeliği, Erciyes Üniversitesi Çocuk İhmali ve İstismarını Engelleme Uygulama ve Araştırma Merkezi Üyeliği, İl Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) Danışma Kurulu Üyeliği, HASUDER-Tütünle mücadele çalışma grubu üyeliği gibi kurul üyeliklerini yürütmektedir. Tütün ve tütün ürünlerinin sağlığa zararları, bebek dostu hastane çalışmaları, kadına ve çocuğa yönelik şiddet, çocuk ihmali ve istismarı, sağlık hizmetleri yönetimi, yaşlı sağlığı gibi alanlarda çalışmaları mevcuttur. Dr. Balcı evli ve 2 çocuk annesi olup, eşi ortopedi uzmanıdır.
Uzm. Dr. Emine BARAN	1971 Bursa doğumluyum. Kayseri Fen Lisesi mezunuyum. Avustralya'da yapılan 29. Uluslararası Matematik Olimpiyatlarına katıldım. Hacettepe Tıp Fakültesi'ni (İngilizce) bitirdim. Ordu/Aybastı Devlet Hastanesinde acil hekimi ve Balıkesir/Susurluk Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağında pratisyen hekim olarak çalıştım. 2009 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan uzmanlığımı aldım. 2009-2011 tarihleri arasında Kars İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ile Gıda ve Çevre Kontrol Şube Müdürü sonrasında Kars Merkez TSM Sorumlu Hekimi görevlerinde bulunarak hizmet yükümlülüğümü tamamladım. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirmesi Genel Müdürlüğü'nde uzman doktor olarak çalışmaktayım. Ayrıca Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda 2010'dan beri doktora öğrenciyim. İlgilendiğim halk sağlığı alanları; sağlığı geliştirme, sağlık ekonomisi ve zoonotik hastalıklardır.
Arş. Gör. Pelin ÇAĞATAY-SEÇKİNER	Pelin Çağatay Seçkiner, 1981 yılında Ankara'da doğdu. İlk öğrenimini Arı Koleji'nde, orta ve lise öğrenimi TED Ankara Koleji'nde tamamladıktan sonra 1998 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce İşletme bölümünü kazandı ve 2002 yılında mezun oldu. Aynı yıl, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nde Teknik Demografi alanında yüksek lisans başladı. 2006 yılında yüksek lisans tezini yazarak bu alandaki uzmanlığını aldı ve doktora programına kaydoldu. Doktora eğitimine devam ederken 2006 yılının Aralık ayında araştırma görevlisi oldu. Enstitünün yürütmüş olduğu nüfus ve sağlık araştırmalarının, anne ölümleri çalışmasının ve kadına yönelik şiddet araştırmasının farklı aşamalarında çeşitli görevler aldı. Halen araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı konusundaki doktora tez çalışmasına devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

Uzm. Dr. Derya ÇAMUR	1992 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum. 2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki asistanlık süremi tamamlayarak Halk Sağlığı Uzmanı oldum. Mecburi hizmet gereği Kırşehir Sağlık Müdürlüğü'nde iki yıl süreyle AÇSAP ve Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürü olarak çalıştım. Halen Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı'nda görev yapıyorum. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Çevre Hekimliği Yüksek lisans programına devam ediyorum.
Prof. Dr. Erhan ESER	1983 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) mezunu oldu. Anadolu'da çeşitli kırsal, kentsel ve yarı-kentsel sağlık ocaklarında görev yapan Eser, EÜTF'inde 1995 yılında Halk Sağlığı uzmanlığı derecesi aldı ve Halk Sağlığı uzmanı olarak İzmir il sağlık müdürlüğündeki görevini takiben, 1997 yılından bu güne dek Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Bölge Sağlık Yönetimi ve Algılanan Sağlık ve yaşam kalitesi alanlarında çalışmalar yapmaktadır. Türkiye'de alanındaki tek dernek olan Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneğinin (SAYKAD- www.saykad.org) kurucu üyesi ve şu andaki başkanıdır.
Doç. Dr. Sibel EYİĞÖR	16.06.1973 yılında İzmir'de doğmuştur. Tıp eğitimini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1990-1996 yılları arasında tamamlamıştır. 2001 yılında EÜTF Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD'den uzmanlığını almıştır. Ocak 2004-Haziran 2004 tarihleri arasında Illinois ve Northwestern Üniversitelerinde "Yutma Bozuklukları Rehabilitasyonu" üzerine eğitim programına devam etmiştir. 2004 yılında Yrd Doç kadrosuna atanmıştır. 2007 yılında Toronto Üniversitesinde "Geriatrik Rehabilitasyon" alanında çalışmıştır. 2008 Aralık Doçent ünvanı almıştır. 2005 yılından beri, Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Destek Bakım Ünitesinde görev almaktadır. Palyatif bakım alanında çalışmalarını sürdürmektedir. Ulusal Kansere Danışma Kurulu, Palyatif Bakım Alt Kurulunda da görevi bulunmaktadır. Palyatif Bakım Merkezi yönetim kurulu üyesi, Ege Geriatri Derneği yönetim kurulu üyesi olup, Türk Osteoporoz Derneği, Türkiye Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Derneği ve Türk Romatizma Derneğine de üyelikleri bulunmaktadır. Özel çalışma alanları; onkolojik rehabilitasyon, palyatif bakım, yutma bozuklukları rehabilitasyonu ve geriatrik rehabilitasyondur.
Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL	Türk Eğitim Derneği Ankara Koleji'ni ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlık eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda tamamlayarak 1987'de doçent, 1995'te profesör oldu. 2000 yılında Avrupa Board diploması aldı ve 2010 yılında tekrar sertifika almaya hak kazandı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı öğretim üyesi, Hacettepe Üniversitesi GEBAM (Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi) Müdürü, Türk Geriatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı, Türkiye Osteoporoz Derneği II. Başkanı, Türk Geriatri Dergisi Baş Editörü, Türk Osteoporoz Dergisi Editörler Kurulu üyesi, Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi Yayın Kurulu Üyesidir. Uluslararası Gerontoloji ve Geriatri Birliği (International Association of Gerontology and Geriatrics-IAGG) ve Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Derneği (European Union Geriatric Medicine Society-EUGMS) Türkiye delegesi, Uluslararası Osteoporoz Vakfı (International Osteoporosis Foundation-IOF) üyesi olup, uluslararası "Age and Aging" dergisinin, "Turkish Journal of Medical Sciences" dergisinin ve uzmanlık alanındaki dört ulusal derginin bilimsel danışma kurulu üyesidir. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yönetim Kurulu Üyeliği (1998-2000) ve Ankara Tabip Odası Onur Kurulu Üyeliği (1998-2002) yaptı. 1994 den beri TUBİTAK-ULAKBİM "Türk Tıp Dizini" kurulu üyesi olarak görev yapmaktadır. İlgi alanları; osteoporoz, osteoartrit, boyun-bel ağrıları, yumuşak doku romatizmaları, yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı, geriatrik rehabilitasyondur.

Prof. Dr. Sabahat GÜVEN-TEZCAN	Dr. Sabahat Tezcan Ankara’da doğmuş, ilk ve orta öğrenimini aynı kentte tamamlamıştır. 1963 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne başlamış ve 1969 yılında bu fakültenin ilk mezunlarından olarak Tıp Doktoru ünvanını almıştır. Dr. Tezcan aynı yıl aynı fakültenin Toplum Hekimliği ile Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim dallarında uzmanlık eğitimine başlamıştır. 1972 yılında Toplum Hekimliği uzmanlık eğitimini tamamlayarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Kuzey Karolina Üniversitesi Halk Sağlığı okulunda Epidemiyoloji eğitimine başlamıştır. Epidemiyoloji alanında 1974 yılında yüksek lisans (MPH), 1977 yılında doktora (DrPH) derecelerini almıştır. Dr. Tezcan 1972-1977 yılları arasındaki dönemde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki öğretim-araştırma faaliyetlerini de sürdürerek 1976 yılında Toplum Hekimliği dalındaki doçentlik ünvanını almıştır. Türkiye’ye döndükten sonra aynı bölümde akademik çalışmalarına devam etmiş ve 1982 yılında da profesörlük ünvanını almıştır. 1988-1991 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevlendirilmiştir. Dr. Tezcan 1972-2010 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Nüfus Konseyi (Population Council), Pathfinder Fonu, Avrupa Birliği gibi Uluslararası Kuruluşları ile Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) gibi kurumların desteklediği 12 ulusal ve çok sayıda yerel projeyi proje sorumlusu olarak yürütmüştür. Dr. Tezcan, gerek ulusal gerekse uluslararası çeşitli kurumlara halk sağlığının çeşitli konularında proje bazında veya program hazırlıkları aşamasında bilimsel danışmanlık ve bilimsel kurul üyelikleri yapmıştır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı 1985 Ulusal Aşı Kampanyası ile sonraki beş yılın “Aşı Eylem Planını” hazırlamış olup halen Bağışıklama Danışma Kurulu üyesidir. Dr. Tezcan epidemiyoloji alanında yüksek lisans ve doktora dereceleri veren ilk ve tek eğitim programının hazırlayıcısı ve yürütücüsü olup Tıp Fakültesinde mezuniyet öncesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsünde epidemiyoloji konusunda çeşitli dersler vermektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde 2-4 haftalık epidemiyolojik enformasyon sistemleri (EİS) konulu 22 kursu planlamış, ekibiyle birlikte uygulamış ve yaklaşık 600 civarında Sağlık Bakanlığı mensubu katılımcı eğitilmiştir. Dr. Tezcan’ın epidemiyoloji konusunda ders kitabı ile halk sağlığının çeşitli konularında kitapları, kitap içindeki bölümleri ile çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış çok sayıda makaleleri, kongrelerde sunulmuş bildirileri vardır. Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji alanındaki uzmanlık, yüksek lisans ve doktora düzeyinde 35 tez yönetmiştir. Dr. Tezcan Nüfus Bilimleri Dergisi ve Hacettepe Halk Sağlığı Dergisi’nin editörü ve halen çok sayıda ulusal ve uluslararası derginin yayın kurulu üyesidir. Dr. Tezcan 1988-1991 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında 3 yıl öğretim üyesi olarak çalışmış, 1991 yılında da Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Okulu’nun yeniden kurulması çalışmalarını yapmak üzere bir yıl süreyle okul müdürü olarak görevlendirilmiştir. Dr. Tezcan 2000-2001 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü Müdürlüğü yapmış olup, halen 2001 yılı Kasım ayından beri Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü olarak görevini sürdürmektedir.
---	--

Doç. Dr. Pembe KESKİNOĞLU	1990 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldum. 2000 yılına kadar Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde sağlık ocağı hekimi olarak ve sağlık grup başkanlıklarında idari görevde çalıştım. 2000-2007 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığında araştırma görevlisi olarak doktoramı tamamladım. Ocak 2011’de Halk Sağlığı Doçenti oldum. Şu an İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı’nda çalışmaktayım. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Biyoistatistik Anabilim Dalı yüksek lisans eğitimine devam etmekteyim. Akademik çalışmalarım sırasında, 19 adet SCI, SSCI veri tabanında makale, 25 adet ulusal tıp veri tabanındaki dergilerde makale, 11 adet uluslararası ve 64 ulusal bildiri ve poster şeklinde yayın üretimim olmuştur. Bu yayınlara 171 atıf yapılmıştır. Yedi adet uluslararası dergide hakemlik görevim vardır. Temel ilgi alanlarım, yaşlı sağlığı (örseleme, ihmal, demans, depresyon, yeti yitimi), sigara (pasif maruziyet, tütün kontrol önlemleri), epidemiyoloji ve biyoistatistiktir.
Doç. Dr. Meral SAYGUN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini Van ili Erciş ilçesinde tamamladıktan sonra, Ankara Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Dairesinde çalıştı. 1993-1999 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora Eğitimini tamamladı. 2000 yılında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yardımcı Doçent olarak göreve başladı, 2009 yılında Halk sağlığı Doçenti oldu. Halen Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında öğretim üyesi olarak görevine devam etmektedir. Çalışma alanları arasında ağırlıklı olarak iş sağlığı ve güvenliği ve yaşlı sağlığı yer almaktadır.
Öğr. Gör. Dr. Hatice ŞİMŞEK	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 1999 yılında mezun oldu. Halk Sağlığı alanındaki yüksek lisans ve doktora eğitimini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda tamamladı. Halen aynı bölümde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. İlgi alanları yaşlı sağlığı, sağlığın sosyal belirleyicileri, kadın sağlığı ve sağlık örgütlenmesidir.
Prof. Dr. Reyhan UÇKU	1983 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu, 1983-1986 Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Grubu Başkanlığı Güzelbahçe Sağlık Ocağı hekimliği yaptı. 1986-1990 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimini tamamladı. Uzmanlık tezini toplumda yaşlıların sağlık ve sosyal sorunları üzerine yaptı. Halen aynı kurumda çalışmaktadır. İlgi alanları epidemiyoloji, yaşlı sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar epidemiyolojisi, bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisi, olağandışı durumlardır.
Uzm. Dr. Nazan YARDIM	1969 yılında doğdu. İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’ni (1993) bitirdi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Uzmanlığını aldı (2002). Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde Halk Sağlığı Birimi Sorumlusu ve Hıfızısıhha Mektebi Müdürlüğünde Müdür Yrd olarak görev yaptı. Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Çalışmasında Bakanlık adına koordinasyondan sorumlu oldu. Halen Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı olarak görev yapmakta olup çeşitli ulusal ve uluslararası tıp dergilerinde yayınları bulunmaktadır. 1999 yılında Dr. Mahmut Saadi Yardım ile evlendi. İki çocuk annesidir.

