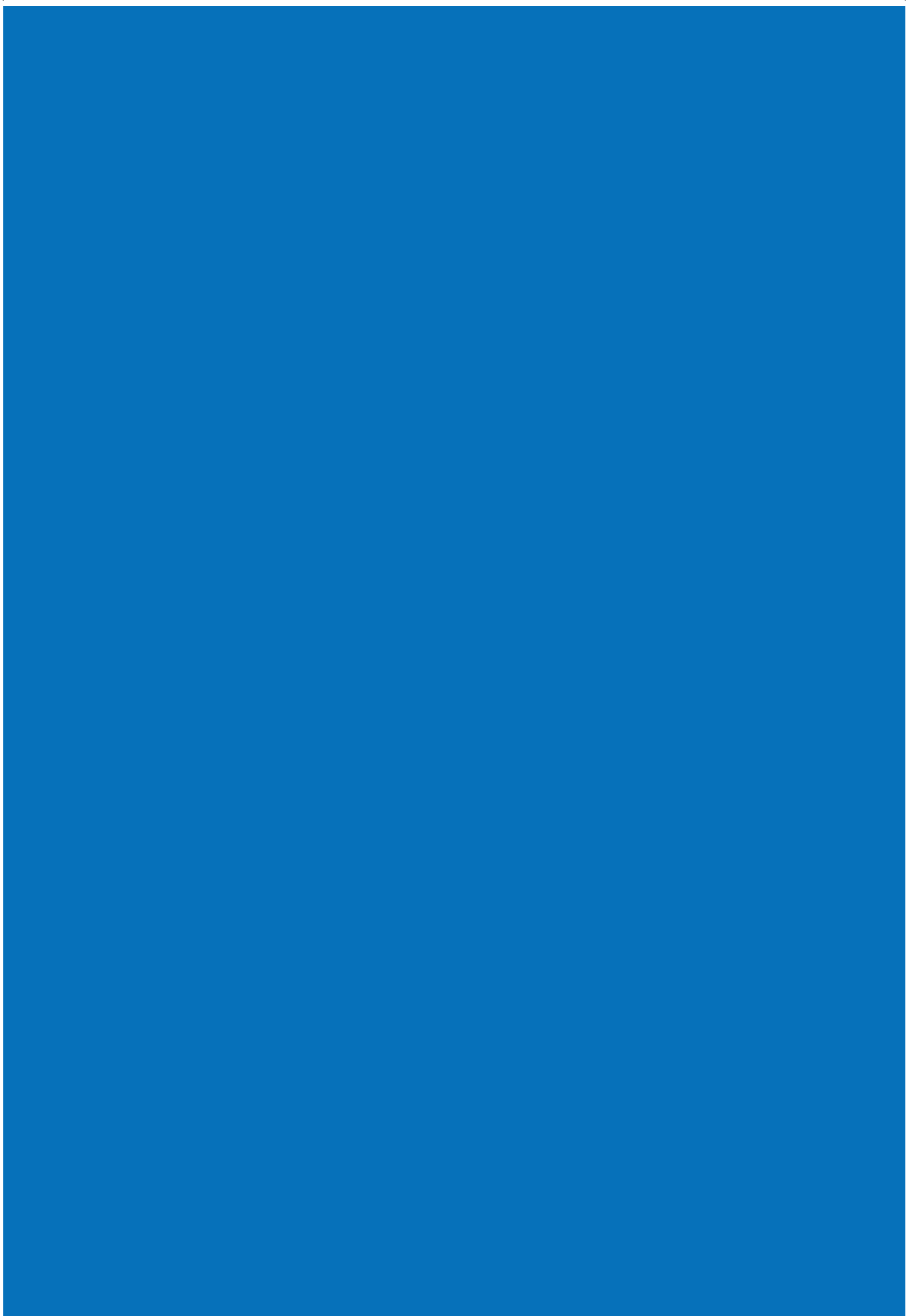
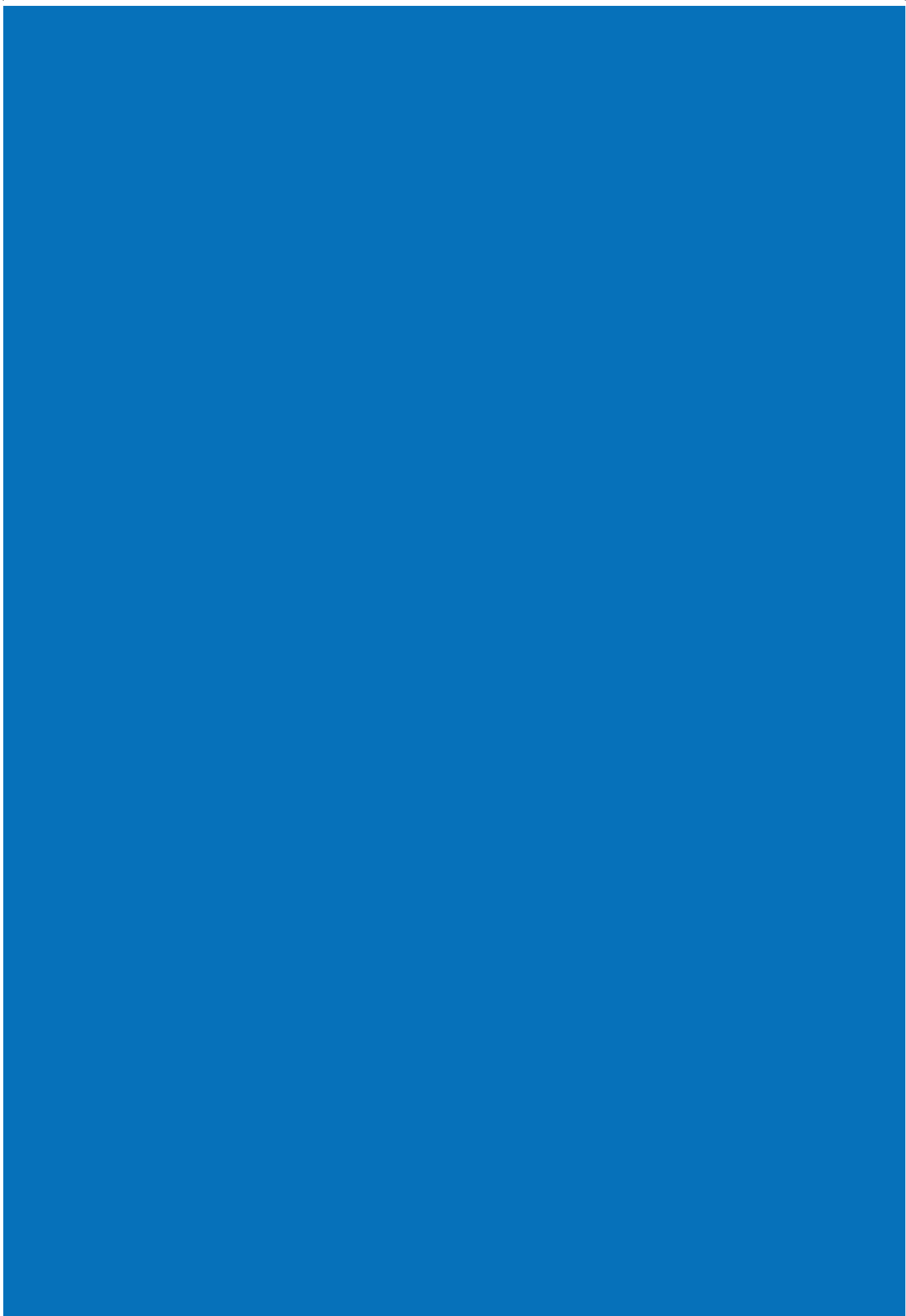


TÜRKİYE
AKTİF VE SAĞLIKLI
YAŞLANMA
ZİRVESİ 2017







TÜRKİYE
AKTİF VE SAĞLIKLI
YAŞLANMA
ZİRVESİ 2017



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi
Genel Müdürlüğü

ISBN: 978-975-590-635-x
Sağlık Bakanlığı Yayın No:
1. Baskı: Aralık 2017, Ankara

Kitabın Adı

Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi - 2017

Editörler

İbrahim Barbaros AKÇAKAYA
Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Yayına Hazırlık ve Grafik Tasarım

Ümare Altun

Baskı

x matbaası
adres xxx
T: xxx

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah.
Dumlupınar Bulvarı 6001. Cadde No: 3 Kat: 4 Çankaya/ANKARA
T: 0 312 585 2800 www.sggm.saglik.gov.tr

Atf için:

Yazar Soyadı, Adı. (2017). Bildiri başlığı. *Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi -2017* (Ed. İ. B. Akçakaya, E. Özmete). T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM). Ankara: ... Basımevi.

© Bu eserin tüm hakları T. C. Sağlık Bakanlığına aittir. T.C. Sağlık Bakanlığının izni olmaksızın kısmen veya tamamen yeniden basılamaz, herhangi bir kayıt sisteminde saklanamaz, hiçbir şekilde elektronik, mekanik veya başka türlü bir araçla çoğaltılıp üretilemez. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.

TÜRKİYE
AKTİF VE SAĞLIKLI
YAŞLANMA
ZİRVESİ 2017

“YAŞAM BOYU SAĞLIK
VE SAĞLIKLI YAŞAM KÜLTÜRÜ”

2 Mart 2017 - Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları
Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM)



Düzenleme Kurulu Başkanları

İbrahim Barbaros Akçakaya, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü

Prof. Dr. Emine Özmete, Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) Müdürü

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Birkan Sonel Tur, Ankara Üniversitesi, YAŞAM YK Üyesi

Prof. Dr. Feryal Turan, Ankara Üniversitesi, YAŞAM YK Üyesi

Doç. Dr. Hayat Boz, Ankara Üniversitesi, YAŞAM YK Üyesi

Doç. Dr. Sevgi Aras, Ankara Üniversitesi, YAŞAM YK Üyesi

Dt. Esra Yaman Kansız, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Dr. Yavuz Elbaş, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Ümare Altun, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

2 Mart 2017 Perşembe - Saat 09.30

Latanya Hotel, Lila Salonu

Büklüm Sokak No. 1 Ankara - Türkiye

SUNUŞ

“Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017”, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) tarafından 2 Mart 2017 tarihinde Ankara’da gerçekleştirilmiştir.

Yaşlanma; kronolojik, fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, ekonomik ve toplumsal boyutları olan ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Son yıllarda sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ile doğumda beklenen ortalama yaşam süresi artmıştır. Diğer yandan doğum hızı düşmüştür. Dünya ve Türkiye gelecekte ekonomik, sosyal ve sağlık alanlarında bir hayli etkili olacak demografik bir dönüşüm geçirmekte; yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye’de 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin oranı %8,2’dir. Türkiye’de doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 78 yıl ve ortalama yaş 30,4’tür.

Yaşanan her yıla sağlık, değer ve üretkenlik katmak; bakım gerektiren yılların sayısını azaltmak son derece önemli hedefler haline gelmiştir. Yaşam boyu sağlık farkındalığı ile yaşlanmadan yaşlılık dönemine hazırlanma, sağlık için risk oluşturabilecek davranışlardan uzak durma, fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık hizmetlerinden doğru bir şekilde yararlanma, toplumsal katılım gibi uygulamalar ile sağlıklı yaşlanmayı bir “yaşam kültürü” haline getirme bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesinde etkili olmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin değişen nüfus yapısına uygun olacak şekilde gözden geçirilmesi; sağlıklı, güvenli ve erişilebilir bir çevre ile hizmetlerin oluşturulması önemlidir. Bu kapsamda Türkiye’de ilk kez 3-4 Mart 2016 tarihinde gerçekleştirilen ve 2 Mart 2017 tarihinde ikincisi düzenlenen “TÜRKİYE AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMA ZİRVESİ”nin ana teması “YAŞAM BOYU SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞAM KÜLTÜRÜ” olarak belirlenmiştir. “Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017” programının en önemli amacı daha aktif ve sağlıklı bir toplum için yukarıda ifade edilen konularda duyarlılık sağlamak ve mevcut duyarlılığı artırmaktır. Bunun yanında sağlık ve sosyal politikalar alanlarında yapılması gerekenleri vurgulamak, uzmanlar ile konuya ilişkin multi-disipliner bir fikir paylaşımı ve farkındalık ortamı oluşturmaktır. Zirve’de belirtilen konularda özel sektör, üniversite, sivil toplum kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları arasında uygulamaya dönük bilgilerin, farklı konu ve konuşmacılar ile paylaşılması, buna ilişkin yeni başlıklar açılması ve bu konularda ülkemizin fırsat ve ihtiyaçlarının ortaya konulması hedeflenmiştir.

PROGRAM

8.30-9.30 KAYIT

9.30-10.45 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**

Prof. Dr. Emine Özmete, Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) Müdürü

Prof. Dr. Erkan İbiş, Ankara Üniversitesi Rektörü

Mehmet Ersoy, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakan Yardımcısı

Prof. Dr. Recep Akdağ, T.C. Sağlık Bakanı

10.45-12.00 **AÇILIŞ OTURUMU**

Oturum Başkanı: Dr. Şuayip Birinci, T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Türkiye’de Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Politikalar

Prof. Dr. Vural Kavuncu, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı

Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri İhtiyacı ve Gelecek Perspektifi

Ayşe Kardaş, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Yaşlanma ve Sosyal Güvenlik Harcamalarına İlişkin Projeksiyon

Dr. Orhan Koç, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı

12.00-13.30 Öğle Yemeği

13.30-15.10 **OTURUM I: YAŞAM BOYU SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞLANMA KÜLTÜRÜ**

Oturum Başkanı: İbrahim Barbaros Akçakaya, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü

Yaşlanma ve Modern Toplum: Küreselleşme, Kentleşme ve Dijital Yaşam

Prof. Dr. Aylin Görgün Baran, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Emine Özmete, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı: Sağlıklı Yaşlanma Perspektifi ile Bir Değerlendirme

Prof. Dr. Seçil Özkan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Obezite: Sağlıklı Beslenme Kültürü ve Fiziksel Aktivite

Doç. Dr. Alev Keser, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

15.10-15.30 Çay-Kahve Arası

15.30-16.50 **OTURUM II: YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR İÇİN KORUYUCU-ÖNLEYİCİ VE TEDAVİ HİZMETLERİ-I-**

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Birkan Sonel Tur, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Yaş Alırken Eklem Hastalıklarından Korunmak Mümkün mü?

Prof. Dr. Tansu Arasıl, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Kalp Damar Hastalıkları: Hipertansiyon, Kolesterol, Koroner Kalp Hastalıkları

Uzm. Dr. Ahmet Yalçın, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

Diyabetli Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri: Kendine Yardım Et, Diyabetini Yönet

Öğr. Gör. Aslı Tok Özen, Ankara Üniversitesi Haymana MYO

16.50-17.00 Çay-Kahve Arası

17.00-18.20 **OTURUM III: YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR İÇİN KORUYUCU-ÖNLEYİCİ VE TEDAVİ HİZMETLERİ-II-**

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Sevgi Aras, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

Sağlıklı Yaş Alma ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Doç. Dr. Sevgi Aras, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

Beynin Yaşlanması ve Demans

Doç. Dr. Erguvan Tuğba Kızıl Özel, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı

Kanser Taramaları ve Yaşam Boyu Sağlık

Deniz Mut Sürmeli, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

18.20 **KAPANIŞ - SONUÇ BİLDİRGESİ**









AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Emine Özmete
Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama
ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) Müdürü

Prof. Dr. Erkan İbiş
Ankara Üniversitesi Rektörü

Mehmet Ersoy
T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Bakan Yardımcısı

Prof. Dr. Recep Akdağ
T.C. Sağlık Bakanı



ÖNCEKİ YILLARDA YAŞLILIĞIN
BAŞLANGICI OLARAK KABUL
EDİLEN 65 YAŞ, ARTIK
YALNIZCA SOSYAL GÜVENLİK
UYGULAMALARINDA
KULLANILAN KRONOLOJİK
BİR KRİTERDİR.



PROF. DR. EMİNE ÖZMETE

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama
ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) Müdürü

Sayın Bakanlarım, Sayın Komisyon Başkanım, Sayın Bakan Yardımcım, Sayın Rektörüm, kamu kurum ve kuruluşlarının değerli temsilcileri, huzurevi sakini değerli büyüklerimiz ve değerli konuklarımız; Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi işbirliği ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın katkıları ile gerçekleşen Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017 programına hoş geldiniz diyor, sizleri saygıyla ve içtenlikle selamlıyorum.

İlkini 2016 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ile birlikte gerçekleştirdiğimiz Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi'nin 2017 programında sizlerle bir arada olmaktan onur ve mutluluk duyduğumu ifade etmek isterim.

Dünya ve Türkiye önemli bir demografik dönüşüm sürecindedir. Doğum oranları düşmekte, yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. Bugün ülkemizde 50 yaşındakiler için beklenen yaşam süresi 30,6 (31) yıldır. 65 yaşına gelmiş bireylerin ise 17,8 (18) yıl daha yaşaması beklenmektedir. Yaşam beklentisinin uzunluğu, ülkelerin gelişme düzeyi ile

bağlantılıdır. Avrupa'da doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 80 yılın üzerinde iken; Afganistan'da bir kadının doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 42 yıldır. Bu nedenle daha önceki yıllarda yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaş, artık yalnızca sosyal güvenlik uygulamalarında kullanılan kronolojik bir kriter haline gelmiştir. Yaşlılığın başlangıcını toplumsal roller, ekonomik durum, mental ve fiziksel aktiviteler ve sağlık durumu gibi değişkenler belirlemektedir. Uzun yaşam, insanoğlunun en önemli başarısıdır. Bununla birlikte, bireyin yaşam kalitesi hastalıklar ve fonksiyon kaybı nedeniyle kötüleşiyorsa daha uzun yaşamak bir başarıdan çok değersiz bir ödül olarak da düşünülmektedir. Uzun yaşamı değerli kılan şey; aktif, üretken, topluma yararlı ve sağlıklı olmaktır.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kalp-damar hastalıkları ölüm nedenleri arasında birinci sıradadır. Özellikle ülkemizde 40 yaşın üzerindeki her üç kişiden biri diyabet hastası olup çeşitli eklem hastalıklarına sahiptir. Kadınların diyabet, eklem hastalıkları ve astım teşhis oranları erkeklerden daha fazladır. 40 yaşın üzerindeki her dört kişiden biri hipertansiyon hastasıdır. 65 yaşın üzerindeki bireylerin ise yansı hipertansiyon, diyabet ve eklem hastalıklarına sahiptir. Yaşlılık döneminde sağlığın kötüleşmesi genellikle kronik hastalıkların sonucudur. Oysa bu hastalıkların çoğu sağlıklı davranışları benimseyerek önlenabilir ya da ertelenebilir.

Bulaşıcı olmayan bu kronik hastalıklar için risk oluşturan faktörler; çocukluk, gençlik ve yetişkinlik gibi yaşam dönemlerinde yani yaşlanmadan önce ortaya çıkmaktadır. Tütün kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz diyet ve pasif yaşam gibi risk faktörleri bireylerde bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivitenin yetersizliği ve pasif yaşam, yaşlanmayı hızlandıran en önemli etkenlerdendir. Yaşlılık döneminde fiziksel aktivite; kas gücünün ve bilişsel kapasitenin sürdürülmesini, depresyonun azalmasını ve özgüvenin artmasını sağlayarak kapasitenin korunmasını destekler. Ayrıca aktif olma topluma katılımı, sosyal ağın gelişmesini ve kuşaklararası bağların korunmasını destekleyen bir unsurdur. Haftada 150 dakika fiziksel aktivite yapanların ölüm riskinin daha az aktivite yapanlara kıyasla %31 oranında azaldığı belirlenmiştir. Dolayısıyla bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimini önlemeye yönelik müdahaleler yaşamın erken dönemlerinden başlamalı ve yaşam boyu sürmelidir.

Sağlık sorunlarının özellikle erken teşhisi, söz konusu problemlerin etkili bir şekilde yönetilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bireyler yaşlandıkça kapasiteleri azalsa bile destekleyici bir çevre ile aktif bir yaşamı sürdürebilirler ve yapmak istedikleri şeyleri yapabilirler. Erken yaşlardan bu yana süregelen sağlıksız davranışlar yaşlılıkta değişmez. Bu nedenle yaşlanmadan önce yaşlılığa hazırlanmalı ve bireyler kendilerine yatırım yapmalıdır.

Sağlıklı yaşlanma, bireyin doğumunda genetik miras ile başlar. Bireyin iç kapasitesini oluşturan fiziksel ve psikolojik rezervleri yaşlılık döneminde de aktif ve sağlıklı yaşam için birikim oluşturur. Diğer yandan erişilebilir sağlık hizmetleri ve koruyucu önleyici hizmetler sağlığın geliştirilmesinde ve aktif yaşlanmada önemli bir yere sahiptir. Ayrıca 80 yaş üzerindeki nüfusun da artması ile birlikte yüksek düzeyde kapasite kaybı olan yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin uzun süreli bakım sistemlerine de odaklanması beklenmektedir.

Çünkü yaşlanma nasıl insan yaşamının zenginlik ve bilgelik dönemi ise, yaşlılar da toplumun önemli değerleridir. Yaşlıların bilgi ve deneyimlerini değerlendirebilen, yaşlıların potansiyelini dikkate alan, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı başarabilen ülkeler gelecekte diğer ülkeler ile rekabet etme kapasitesi yüksek ülkeler arasında olacaktır.

Aktif ve sağlıklı yaşlanmayı başarabilmek için hepsinden öte, toplumda yaşlanmayla ilgili ön yargıların değişmesi, yaşlanma ve sağlık anlayışında değişimlerin geliştirilmesi teşvik edilmelidir. Bu yıl ikincisini düzenlediğimiz "Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi"nin gündemi bu amaçla "YAŞAM BOYU SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞAM KÜLTÜRÜ" olarak belirlenmiştir. Bu program ile aktif ve sağlıklı bir toplum için tartışılmasına ihtiyaç duyulan konularda duyarlılık sağlamayı, sağlık ve sosyal politikalarda yapılması gerekenleri vurgulamayı ve uzmanlar ile konuya ilişkin multi-disipliner bir fikir paylaşımı ve farkındalık ortamı oluşturmayı amaçlıyoruz. Her zaman icraatları ile aktif ve sağlıklı yaşlanmayı destekleyen ve bu programın gerçekleşmesinde işbirliği yapan Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ'a katkıları ve teşrifleri için çok teşekkür ederim. Ülkemizde yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin yürütülmesinde gerekli tüm hassasiyeti ortaya koyan ve her konuda karşılıklı işbirliğini destekleyen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın Sayın Bakan Yardımcısına ve tüm ekibine çok teşekkür ederim. Sayın Rektörümeye destekleri için teşekkür ederim. Programın hazırlanmasında başta Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü Sayın İbrahim Barbaros Akçakaya olmak üzere tüm ekibine ve düzenleme kurulunda yer alan tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim. Ayrıca programa değerli bilgilerini sunarak katkı sağlayacak olan oturum başkanlarımıza ve konuşmacılarımıza ve bugün burada bulunan siz değerli katılımcılara teşekkür ederim. Başarılı bir zirve olması temennisi ile saygılarımı sunarım ■



GÜNÜMÜZDE; AKTİF
YAŞLANMA, ÜRETKEN
YAŞLANMA, YAŞLI REFAHI,
ÜRETEREK VE ÇALIŞARAK
YAŞLANABİLME, KALİTELİ
YAŞLILIK GİBİ KAVRAMLAR
ÖN PLANA ÇIKIYOR.



PROF. DR. ERKAN İBİŞ

Ankara Üniversitesi Rektörü

Sayın Bakanlarım, Değerli Milletvekilleri, Değerli Bürokratlar, Değerli Meslektaşlarım, Sevgili Öğrenciler, Değerli Basın Mensupları. Bugün yine önemli bir konunun önemli bir alt başlığı için bir aradayız. Biliyorsunuz pek çok etkinlik gerçekleştiriyoruz. Özellikle yaşlanma, yaş alma konusunda pek çok etkinlik. Yine böyle bir etkinlikte bir aradayız. Öncelikle Sağlık Bakanlığımızın verdiği destek için çok teşekkür ediyorum. Sağlık Bakanlığımız bu konuyu ve sağlıklı yaşama dair pek çok konuyu gündeminde ön plana aldı. Sağlık Bakanlığımızın da bunu ne kadar önemseydiğini biliyorum. Huzurunuzda öncelikle Sağlık Bakanlığımıza ve bütün ekibine teşekkür etmek istiyorum. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın da bu konuda çok aktif ve destek içerisinde olduğunu buradan tekrarlayarak Sayın Bakanlığımıza da teşekkür ediyorum. Elbette hepimiz biliyoruz, biraz önce Emine Hoca da söyledi, ortalama ömür 1900'li yıllarda 40 yıl civarındaydı, 1950'de 50, bugünse 78-80 yıldan bahsetmek mümkün. 2050'de bu 85, 2100'de de 95'e doğru tırmanacak gibi geliyor bana. Giderek uzuyor ortalama ömür. Neden uzuyor: Elbette teknolojik gelişmeler, gıda sektöründeki gelişmeler, güvenlik sektöründeki gelişmeler etkiliyor; beslenme anlayışı, sağlıklı yaşam anlayışı oluşuyor; imkanlar artıyor; pek çok nedeni sıralayabilirim. Ama bence

bunların içerisinde en önemlisi eğitim düzeyinin daha yukarı çıkması. Özellikle kadınlarda eğitim düzeyinin ve ekonomik düzeyin yükselmesinin, ortalama ömürleri yukarıya çeken en önemli faktörler arasında olduğunu düşünüyorum.

Ancak, ortalama ömür yaklaşık 1-1,5 asır içinde neredeyse ikiye katlarken; yaşlılık sınırı 65 yaş. Sayın Bakanım ile geçen sohbet etmiştik, bir önceki toplantıda da yine söylemiştim, söylemeye de devam edeceğim: 65 yaşın üzerinin yaşlı kabul edilmesi bana göre herkesin kafasında ciddi bir soru işareti. Çünkü bugün biliyoruz ki bütün dünya ülkelerinde çok üretken, çok aktif, başarılı, ülkeleri yöneten, dev şirketleri yöneten, kurumları yöneten, kritik noktalarda bulunan -iş dünyasında da olsa, kamu sektöründe de olsa- pek çok insan bu performansı 65 yaşın üzerindeyken gösteriyor. O yüzden burada Sayın Bakanımızın da huzurunda itirazımı güçlü olarak dile getiriyorum. Bunu mutlaka bir değerlendirmesi lazım. Ben de biliyorum, Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koyduğu bir kriter var: 65 yaş. 65 yaşın 75 yaşa doğru çekilmesi gerekiyor diye düşünüyorum. Neden bu bizim ülkemizde başlamasın? Neden bu sesi biz getirmeyelim? Bunu sanıyorum gündeme taşımak lazım. Bir de şuna karşı çıkıyorum: Yaşlılık diyoruz, 65 yaş üzeri yaşlıdır diyoruz. Burada benim kişisel önerim; bunu genç, orta ve ileri yaş diye sınıflasak daha iyi olur diye düşünüyorum. 75 yaş üzerine de ileri yaş desek? Çünkü yaşlılık hem fizyolojik, hem ruhsal, hem sosyolojik bir yetersizliğin başladığı bir dönemdir. O dönemi oturup 65'te sabitlemek, hatta hatta 75'te bile sabitlemek doğru değil diye düşünüyorum. Bu önerilerimi tekrarlamaya da devam edeceğim. Onu da özellikle söylemek istiyorum.

Yaşlılık fizyolojik, sosyolojik, psikolojik ve sosyoekonomik yetersizliklerin yaşandığı bir dönem. Hemen her gün yüce Allah'tan hepimize sağlıklı, üretken bir yaşlılık dönemi vermesini diliyoruz. İnsan insana muhtaçtır ancak, kimseye muhtaç olmadan, kendi kendimize yetebildiğimiz, üretme özelliğimizi kaybetmediğimiz, çalışma isteğimizi ve heyecanımızı kaybetmediğimiz bir dönem olmasını diliyoruz. Elbette bunun için pek çok çalışma var. Birçok terim ortaya konulmuş; aktif yaşlanma, üretken yaşlanma, yaşlı refahı, üretmek ve çalışarak yaşlanabilme, kaliteli yaşlılık gibi kavramlar günümüzde ön plana çıkıyor. Elbette bunun içini de doldurmak gerekiyor. Ne ile dolduracağız bunun içini? Dinamik bir hayat, hareketli bir yaşam, dengeli beslenme, sağlıklı yaşam ya da temiz çevre, zararlı alışkanlıklardan uzak bir süreç olarak bunun içini doldurabileceğimizi hepimiz biliyoruz. İşte bütün bunlarla uyumlu olarak Emine Hocamın da vurguladığı yaşam boyu sağlık ve sağlıklı yaşam kültürü, çok önemli bir kavram. Bu bir kültür. Ve bir yaşam biçimi. Bunu mutlaka hepimizin içselleştirmesi, günümüzün en önemli gündemleri arasında tutması ve uygulayıcısı olarak ortada bulunması gerekiyor.

Sağlık Bakanlığımızın Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı aslında bu anlamda çok güzel bir çalışmadır. Kutluyorum bu çalışmayı. 2023 yılında 100. yılını kutlayacak Cumhuriyetimiz için de bunun çok önemli büyük hedeflerden biri olduğunu vurgulamak istiyorum. Bu çalışmanın amacı, özetle yaşlı bireylerimizi hem sosyal, hem fiziksel, hem ekonomik hem kültürel, hem de ruhsal yönden güçlü tutabilmek; onları sosyokültürel, sosyoekonomik, sağlıksal ya da fiziksel tüm sorunlarını çözebilmeye yöneltebilmek ve onları yaşama daha çok katkı sağlamaya ya da katılımcılık göstermeye yöneltebilmek. Elbette burada bize sorumluluklar düşüyor. Bir: birey olarak sorumluluklar düşüyor; iki: toplum olarak düşüyor, üç: kurumlar olarak düşüyor. Birey olarak sorumluluklarımız gerçekten çok. Aslında birey olarak sorumluluğumuzu Hz. Peygamberimizin şu sözü sanırım çok iyi ifade ediyor: "Küçüklerine şefkat, büyüklerine saygı göstermeyen bizden değildir." Demek ki bireysel olarak o sahiplenme anlayışımızı ve eylemimizi ortaya koymamız gerekiyor. Yine cumhuriyetimizin kurucusu Mustafa Kemal Atatürk'ün "Bir toplumun yaşlılarına dönük politikalar, o toplumun yaşama kudretini gösteren en önemli kıstaslardan biridir" sözü de toplumsal olarak hedefimizi en iyi şekilde gösteriyor. Toplum olarak da mutlaka her yaş grubuna, her kesime sahip çıkacağımız gibi; yaşlı bireylerimize, yaşlılık dönemimize, ya da ileri yaş dönemine dönük politikalarımıza buradan işaret ediyor. Bunların ötesinde elbette ki en önemli sorumluluklar kurumlara düşüyor. Burada bakanlıklardan, kamudan, yerel yönetimlerden, üniversitelerden, sivil toplum kuruluşlarına kadar geniş yelpazede herkesin sorumluluk alması; herkesin bu sorunun çözümü için adım atması, elini taşın altına sokması ve bu yönde politikalar üretmesi gerekiyor. Gururla söyleyebilirim ki, Ankara Üniversitesi gerçekten engelliden yaşlıya, kadından çocuğa toplumun her kesimine dönük politikalarını ortaya koyan, bu politikalara dönük çalışmalar yapan; bunu da kamuyla, yerel yönetimlerle, sivil toplum örgütleriyle ve halkla bütünleşerek özveriyle yapmaya çalışan bir üniversite. Nitekim burada da bunun çok güzel bir örneğini görüyoruz. Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezimiz, onun müdürü Sayın Emine Özmete hocamız ve ekibi aracılığıyla bu çalışmaları ortaya koyuyoruz. Bu yönde bakanlığımızla ve diğer kuruluşlarla da işbirliğini gerçekleştirmeye çalışıyoruz.

Sözümü çok fazla uzatmayayım, öncelikle Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesine katkısı olan herkese teşekkür ediyorum. Bugün burada panellerde çok güzel konuşmalar, tartışmalar olacak. Konuşmacılara, perde gerisindeki emekçilere, herkese huzurunuzda teşekkür ediyorum. Elbette ki Sağlık Bakanlığımıza ve Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ Bey'e destekleri ve katılımları için çok teşekkür ediyorum. Karşımda Güldal Akşit Bakanımı görüyorum. Bu konuya Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı döneminden beri yıllardır hep destek verdi. Her fırsatta bu eylemin içerisinde olmaya çalıştı, huzurunuzda ona teşekkür ediyorum. Emegi geçen, katkısı olan herkese teşekkür ediyor, hepinizi saygıyla selamlıyorum ■



YAŞLILARIMIZ DÜN İLE
BUGÜN ARASINDA KÖPRÜ
KURAN, KÜLTÜRÜMÜZÜ VE
DEĞERLERİMİZİ YARINLARA
TAŞIMAMIZI SAĞLAYAN EN
DEĞERLİ VARLIKLARIMIZDIR.



MEHMET ERSOY

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Bakan Yardımcısı

Sayın Bakanlarım, Sayın Milletvekillerim, Sayın Rektörüm, çok kıymetli hocalarım. Bugün kent yaşamının ağır stresi, sıkıntıları altında birçok sağlık sorunuyla karşılaşan yaşlılarımızın daha sağlıklı yaşlanabilmeleri ve aktif bir yaşam sürdürebilmeleri adına düzenlenen bu zirvede bulunma sorumluluğunu, katkıda bulunma, dinleme ve toplumsal bir sorun olarak gördüğünüz bu sorunda bir paydaş olma sorumluluğunu hissederek bu salonda bulunan bütün hazırunu saygıyla selamlıyorum. Hoş geldiniz sefalar getirdiniz.

Konuşmama başlarken şunu söylemek isterim, aslında rektör hocamın ve Sağlık Bakanımızın da çok iyi bildiği gibi, Bakanımız Sayın Dr. Fatma Betül Sayan Kaya Hanımefendi bu zirvede bulunmayı çok arzu etti. Ancak dün itibarıyla bugün için mazeret bildirilmesi mümkün olmayan bir toplantıya davet edildi ve katılamadı. Sayın Bakanımızın saygılarını, sevgilerini ve başan dileklerini sizlere iletmeyi bir borç görüyorum.

Sayın Bakanım, değerli katılımcılar. Yaşlılarımız dün ile bugün arasında köprü kuran, kültürümüzü ve değerlerimizi yarınlara taşımamızı sağlayan en değerli varlıklarımızdır. Onlar, mille-

timizin yaşayan hafızaları, her biri bilgi, beceri ve tecrübeleriyle bizlere yol gösteren ufuklarımızdır. Bu ufku geleceğe taşımak, kuşaklar arası dayanışmayı güçlendirmek ve aile yanında destek hizmetlerini yaygınlaştırmak Bakanlık olarak en temel hedeflerimizdendir. Yaşlılarımıza uyguladığımız sosyal politikaları, 2002 yılından bugüne nerelere geldiğimizi ve onların daha sağlıklı, daha huzurlu ve daha toplumla iç içe bir yaşam sürdürebilmeleri için neler yaptığımızı hepiniz biliyorsunuz. Bugün, aslında terk etmeye bıraktığımız huzurevleri modeliyle bile 25 binin üzerinde yaşlımıza ev sahipliği yapıyoruz. Yine evde bakım, mobil hizmet ve yaşlı hizmet anlayışıyla yaklaşık beş yüz bin yaşlımıza bakım hizmeti vermenin onurunu ve gururunu yaşıyoruz. Bu hizmetlerimizi yerel yönetimlerimizle, valiliklerimizle ve diğer kurum ve kuruluşlarımızla işbirliği halinde toplumun her kesimine yaygınlaştırmayı hedefliyoruz.

Elbette biliyoruz ki, yaşlılarımıza hep birlikte sahip çıkacaksak, onların yaşam alanlarının daha huzurlu ve kültürümüzle daha iç içe olmasını sağlayacaksak, her şeyden önce bu alanda da toplumsal bilinci, duyarlılığı ve farkındalığı hep birlikte artırmamız lazım. Bu anlamda Ankara Üniversitemize emeklerinden dolayı şükranlarımızı sunmayı da huzurunuzda bir borç biliyoruz. Gerek Rektör Hocamız gerekse merkez müdürümüz Emine Hocamız, her vesileyle bu alanda bir takım çalışmalar yapmanın ve bu çalışmalarda bizlerle paydaş olmanın haklı heyecanını yaşıyorlar. Bizler de Bakanlık olarak elimizden geldiğince bu heyecana ve bu çalışmalara destek olmaya, yanlarında olmaya gayret gösteriyoruz. Ben zirvenin hazırlanmasına emek veren, katkıda bulunan Sağlık Bakanımız başta olmak üzere, Sağlık Bakanlığımızın bütün yetkililerine, Rektörümüze, Emine Hocama ve Aile Bakanlığımızın değerli çalışanlarına, yine burada isimleri zikredilmeyen ama bu salonların bugünlere gelmesine emek veren bütün gizli kahramanlara can-ı gönülden teşekkür ediyorum. Zirvemizin amacına uygun ve başarılı bir şekilde gerçekleşmesini temenni ediyor, salonda bulunan bütün hazırünü saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Hayırlı günler diliyorum ■





BAKANLIĞIMIZIN
AJANDASINDAKİ
EN ÖNEMLİ KONU
SAĞLIKLI YAŞAM
KÜLTÜRÜNÜN
GELİŞTİRİLMESİDİR.



PROF. DR. RECEP AKDAĞ

T.C. Sağlık Bakanı

Saygıdeğer Bakanlarım, Değerli Milletvekili Arkadaşlarım, Kıymetli Rektörümüz, Değerli Misafirler, Değerli Bilim İnsanları, hanımefendiler, beyefendiler; hepinizi saygıyla selamlıyorum, hayırlı sabahlar diliyorum.

Ankara Üniversitemiz sağlıklı yaşlanma ile ilgili kanaatimce mükemmel bir zirveye öncülük yapıyor. Bu anlamdaki ikinci toplantı bu. Birincisi geçtiğimiz yıl yapılan bu toplantının ikincisinin de hayırlı neticelere vesile olacağına inancımı öncelikle belirterek konuşmama başlamak istiyorum. Akademi ve bürokrasi işbirliğinin boyutları aslında zaman zaman çok verimli bir şekilde kendisini gösterebiliyor. Bu tarz çalışmaların örnek olmasını temenni ediyorum. Şunu özellikle ifade etmek isterim: Akademi dünyası ürettiği bilgiyi toplumsal hizmete dönüştürme noktasında mutlaka diğer paydaşlarla birlikte çalışmalı. Bürokrasi ise gündelik rutinler içinde belirli kalıplara sıkışabiliyor. Maalesef zaman zaman bu bir gelenek haline bile dönüşebiliyor. Dolayısıyla bu her iki kısıtı aşmanın en kestirme yollarından birisi işte bugün içinde bulunduğumuz gibi ortak toplantılar yapmak, paydaşların bir araya gelmesi. Burada Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızın, Sağlık Bakanlığımızın ve Ankara Üniversitesinin bir araya gelmesiyle

aslında hepimize ışık tutacak güzel oturumlar olacak ve mutlaka bu oturumların sonuçlarından bizler istifade edeceğiz.

Hepinizin bildiği gibi AK Parti hükümetleri olarak 2002'de iktidara geldiğimiz ilk günlerden itibaren bizim önceliğimiz her zaman insan oldu. Her alanda insan oldu; her alanda insana hizmeti nasıl artırabiliriz, nasıl doğrudan doğruya insana dokunan görevlerimizi yerine getirebiliriz diye düşündük, kafa yorduk, istişare ettik ve bütün çalışmalarımızı bunlara göre planladık. Neticesinde Türkiye'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı isminde bir bakanlık da kurduk. Aslında bu, hükümetlerimizin bu meseleye verdiği büyük önemi de göstermektedir. Bugün aramızda bu konuda büyük hizmetler vermiş bulunan çok değerli kardeşimiz Sayın GÜLDAL AKŞİT de var. Kendilerine huzurunuzda teşekkür ediyorum. Hem partideki çalışmalarında, hem bakanlığındaki çalışmalarında yaşlanma meselesine, biraz önce değerli Rektörümüzün ifade ettiği gibi bir başka deyişle yaş alma meselesine önem verdiğini biliyorum. Biz de hep bunu yaptık değerli dostlar. Sağlık Bakanlığı olarak yaşlılarımıza ihtiyaç duydukları hizmeti nasıl verebileceğimiz üzerinde çok kafa yorduk. Bir program hazırladık ve bu program çerçevesinde eylemlerimize devam ediyoruz. Mesela ben size Türkiye'de şu anda 320 bin kişi -ki bunların büyük çoğunluğu yaşıldır- evinde sağlık hizmeti alıyor dersem, sakın şaşmayın. İyi bir sistem kurmuş durumdayız. Mobil ekiplerimiz gerek aile sağlığıyla gerek hastane tarafıyla evinde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan kişilere, ağız ve diş sağlığı hizmetleri gibi bir takım özellik isteyen hizmetler dahil olmak üzere hizmet veriyorlar.

Tabii bu noktada şunu belirtmek isterim: Evinde sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyan bir yaşlıya ya da başka bir kişiye hizmet vermek güzel ama aslında en önemlisi insanların sağlıklı bir biçimde ileri yaşlara ulaşmasını sağlamak. Onun için Sağlık Bakanlığı olarak, geçmişte yürüttüğümüz çalışmalara, Türkiye sağlıkta dönüşüm programında yürüttüğümüz çalışmalara, şimdi Türkiye sağlıkta dönüşüm programının ikinci döneminde, sağlıklı yaşamı tamamen ön plana alarak taçlandırmak üzere devam ediyoruz. Son dört aydır çok ciddi saha çalışmaları yaptık. Politika laboratuvarları oluşturmuş durumdayız ve yeni stratejiler belirliyoruz. Elbette kişiler hastalandığında, onlara evlerinde bakmak, hastanelerde palyatif yataklar oluşturmak, uzun süreli bakıma ilişkin kabiliyetimizi ve kapasitemizi geliştirmek önemli. Ama bunlardan daha önemlisi kişilerin sağlıklı yaşaması için onlara yol göstermek, rehberlik yapmak; çevreyi, yaşadıkları ortamı buna müsait hale getirerek kişilerin ileri yaşlara daha sağlıklı olarak ulaşmalarını sağlamak. Şu anda Bakanlığımızın ajandasındaki en önemli konu sağlıklı yaşam kültürünün geliştirilmesidir. Bunun için bir genel müdürlük de kurmuş durumdayız. İşte bu toplantı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız, Ankara Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığının ilgili Genel Müdürlüğüyle birlikte tertip ediliyor. Sağlık Bakanlığımızda bu konuyla ilgilenen bir

şube müdürlüğümüz bile yoktu. Önce bir daire başkanlığı kurduk, şimdi Sağlığın Geliştirilmesi konusuyla alakalı olarak bir Genel Müdürlüğümüz var. Sigara, alkol gibi zararlılardan insanların kaçınabilmesi; şişmanlık, hareketsizlik gibi aslında kişilerin hastalanmasına yol açan en önemli sebeplerin kişilerin yaşamından uzaklaştırılabilmesi için ciddi çalışmalar yürütüyoruz. Biliyoruz ki; günümüzde hastalık yükü ve dolayısıyla kişilerin en sık karşılaştıkları problemler şeker hastalığı, kalp damar hastalıkları, kanserler gibi problemler. Türkiye’de de hastalık yükümüz, gelişmiş ülkelerin, zengin ülkelerin hastalık yüklerine dönüştü ve bu yaşama biçimimizle çok ilgili. Dolayısıyla yaşlandığımız zaman nasıl bir hayat süreceğimizle de çok yakından ilgili.

Şükürler olsun, Sağlık Hizmetlerinden memnuniyet, Türkiye İstatistik Kurumu’nun yaptığı anketlerde %75,5 olarak ortaya kondu. 2013’ten itibaren Türkiye’de kamunun yaptığı hizmetler için yaşam memnuniyetleri anketleri yapıyoruz. 2003’te aldığımız memnuniyet oranı %39,5 idi. Şimdi 75,5’teyiz ve hedefimiz bu oranı %80’e ulaştırmak. Bunun zor olduğunu da biliyorum ama biz bu zorluğu sizler gibi çok kıymetli paydaşlarımızla birlikte aşabilecek durumdayız. Bütün bu bahsettiğim hususlar, sağlıklı yaşam kültürünün geliştirilmesi konusu, sağlığın geliştirilmesi konusu tamamen çok paydaşlı çalışmayı gerektiren bir husus. Bizim Sağlık Bakanlığı olarak hepinizin desteğine; birçok bakanlığın, birçok kurumun, üniversitelerimizin desteğine ihtiyacımız var. Çünkü biliyoruz ki, koyduğumuz hedeflere ulaşmak ancak bütün paydaşların ortak çalışmasıyla, el ele vermesiyle ve gayretiyle gerçekleşebilir. Şükürler olsun ki Türkiye’de yaşlılarımıza ya da belli bir yaşın üstüne gelmiş büyüklerimize kendi tarihimizden, geleneklerimizden, inançlarımızdan gelen farklı bir yaklaşımımız ve davranışımız var. Farklı bir saygımız var. Peygamberimiz (SAV) Efendimizin sık hatırladığım ve çok önem verdiğim bir sözü var. Şöyle buyuruyor “Evinde anne ve babasından biri ya da ikisi yaşlanıp da cennete giremeyenin burnu sürtülsün”. Çok enteresan bir ifade olarak gelmiştir bu hep bana. Bu şu anlama geliyor elbette; yani eğer bir büyüğünüz, anneniz, babanız yaşlanmış ve siz de onun bakımını saygıyla gerçekleştiriyorsanız; bakımdan kastım elbette sadece bedensel bakım değil, sosyal açıdan ya da ruhsal açıdan da, her yönden onun bakımına itina ediyorsanız, kendisine saygı gösteriyorsanız bu sizi cennete götürecek yolun taşlarını dizmektir. Bu kadar önemli bir husus.

Biz yaşlılarımıza hakikaten toplumca farklı davranıyoruz. Bundan yaklaşık 10 sene önce Finlandiya ziyaretimde, Finli Sağlık Bakanının bir ifadesini hatırlıyorum. Şöyle söylemişti bana; biz demişti, yaşlılarımızın, yaşlı nüfusumuzun %75’ine kurumsal bakım yapmak zorundayız ve bu kapasitemizi artırmaya çalışıyoruz. Yani Finlandiya’da yaşlı olan her 100 kişiden 75’inin kurumsal bakıma ihtiyacı var. Kendi ailesiyle kalabilen ya da bir başka destekle kendi evinde yaşayabilen sadece %25. Yine hatırlıyorum, 2002’de siyaset yoluyla hizmete geldiğimizde

Erzurum'da belediyenin yaptığı 50 kişilik bir yaşlı bakımevi ile karşılaşmıştım. Güzel bir yerdi. Oldukça konforlu hazırlanmış bir yerdi. Ve belediye 3 sene önce yaptığı bu tesisi kullanamıyordu, çünkü Erzurum'da yaşlılarını bu tesise götüren hiç kimse yoktu. Çok enteresan gelmişti o zaman bu bana. Mutlaka kurumsal bakım gerektirecek, yakınları olmayan ya da üzüterek ifade edeyim, yakınları ilgisiz olduğu için yaşlı bakımevlerine, huzurevlerine konması gereken ya da Aile Bakanlığımızın yeni yaklaşımlarıyla farklı bir şekilde bakım ihtiyacının görülmesi gereken insanlar olabilir toplumumuzda. Ama biz asıl bu zenginliği yaşatmak durumundayız. Ailelerin kendi yaşlılarıyla yakından alakadar olabilecekleri ortamı hazırlamak durumundayız. Şu da var bence: artık insanlar genellikle karı-koca çalışıyor. Dolayısıyla yaşlı bir büyüğe -özellikle bedensel bakıma da ihtiyacı varsa- ya da bir zihinsel sorunu oluşmuşsa ileri yaştan dolayı, evde bakım gerekebilir. Belki gündüzleri bir kuruma alınması gerekebilir. Aynı çocuklarımızı bir kreşe götürdüğümüz gibi. Ama gece ailesinin yanına döner ve ailesiyle birlikte kalır. Ya da aile bireyleri o büyüklerini yanlarına alıp gidemeyecekleri bir iş ziyaretine veya kısa süreli bir tatile gidecekleri zaman biz o yaşlıya kamu olarak bakım yapabiliriz. Böylece kendi kültürümüze, kendi geleneklerimize, kendi inançlarımıza uygun bir yaşlı bakımı modeliyle bu meseleyi sürdürebilmiş oluruz. Meselenin bu tarafını ben gerçekten çok önemsiyorum.

İnsanoğlu bizim bildiğimiz kadarıyla çok eski yıllardan itibaren, Lokman Hekim'den itibaren ölüme çare bulmaya çalışmış. Halbuki ölüme çare bulmak imkansız. 1991 yılında Londra'da genç bir araştırmacı olarak genetik çalışmalar yaptığım yıllarda bilim dünyası bir gen keşfetmişti. Ve bu genin baskılanmasıyla yaşlılığın da geciktirileceğini, tırnak içinde adeta ölüme çare bulunabileceğini düşünmüştü. Sonra hayvanlar üzerinde yapılan deneylerle kısa sürede anlaşıldı ki bu genin baskılanması bazı kanserlere yol açıyor. Dolayısıyla yaşlanmak ve ölüm bizim genetiğimize, hücrelerimize işlenmiş durumda. Bundan kaçış yok. Ama bugünün teması olan sağlıklı yaşlanmak elimizde. Yeteri kadar hareket edersek, beslenmemize dikkat edersek, ruhsal açıdan daha zinde kalmak için birtakım zihinsel egzersizler yapmaya devam edersek, daha sağlıklı bir biçimde hayatımızı sürdürme imkânımız var. Bugün Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 78'e ulaştı. 2002 yılında ben göreve geldiğimde bu sayı 72 yıldı. Dünyada aşağı yukarı 12-13 yıl içerisinde doğumda beklenen yaşam süresinin bu kadar hızlı arttığı çok az ülke var. Bu aslında Türkiye Cumhuriyeti'nin AK Partinin iktidarda olduğu dönemdeki refah seviyesi artışı ile çok yakından alakalı. Elbette sağlık hizmetleriyle de çok yakından alakalı ama meseleye bir bütün olarak bakmak lazım. Biraz önce değerli hocamız, Rektörümüz de ifade ettiler; eğitim, bütün diğer yaşama koşulları, temiz sudan tutun da bir köyden şehre sizi getirecek yollara varıncaya kadar, sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığı kadar birçok faktör neticesinde 78 yaşa ulaşmış durumdayız. Her ne kadar kadınlarda bazı hastalıklar daha yaygın ise de, bu hususta kadınlarımız daha

şanslı. Kadınlarda ortalama yaşam süresi erkeklerden aşağı yukarı 4 sene kadar uzun. Cenabı Hak kadınlara böyle bir fırsat vermiş. Biz erkeklerin başka problemlerimiz var maalesef.

Ankara Üniversitesinin Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, çok güzel kısaltılmış ismiyle YAŞAM, aslında örnek bir kuruluş. Bu kuruluşların, bu tarz merkezlerin ve enstitülerin üniversitelerimizde artırılması temennisiyle özellikle ifade etmek istiyorum. Çünkü bu kabil kuruluşlar, daha önce söylediğim gibi, bizim çalışmalarımıza ışık tutacak kuruluşlardır. Biraz önce ifade edilen 'yaşlanma mı, yaş alma mı' sorusuyla ilgili olarak; rahmetli babacığım bir büyüğümüzle karşılaştığında bazen şöyle söylerdi: "Amcacığım maşallah 40 yaşında var mısın?" O da derdi ki "Evladım ne 40 yaşı, 78 yaşına geldim." "Amca niye geceleri sayıyorsun, geceleri uyumuyor muyuz?" İşin latifesi bu ama gerçekten insan hissettiği yaşı yaşayabilen bir varlık. Nice 50'li 60'lı yaşları sürenler var ki kendilerini çok yaşlanmış hissedebilirler; nice 80 yaşında delikanlılar, genç kızlar var. Dolayısıyla sağlıklı yaşlanma konusunu içselleştirmek önemli bir husus. Biliyoruz sağlık da, hastalık da insan için ama neticede buna gayret etmek lazım. Bizim de bu meselenin paydaşları, bir anlamda kolaylaştırıcıları olarak bu mesele üstünde çalışmamız ve toplumumuza hizmet etmemiz gerekiyor. Neticede sağlıklı yaşlanma konusu, sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olma konusu bireyin biraz da kendi tercihidir. Yani sizler, bizler ne kadar gayret etsek, sağlıklı yaşam için ne kadar çalışsak; en sonunda egzersiz yapıp yapmayacağına, haftada 150 dakika düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmayacağına insanın kendisi karar veriyor. 150 dakika günde aşağı yukarı 20 dakika yapıyor. Bunu hepimiz rahatça yapabiliriz. Şimdi burada kameralar varken düzenli olarak haftada en az 3 gün kimin egzersiz yaptığını sorsam. Herhalde çok fazla çıkmaz, değil mi? Yapılmış araştırmalar da maalesef bunu gösteriyor. Yine bahsettiğimiz Finlandiya'da yaşlı nüfus bizden çok fazla. İnsanların %80'i düzenli fiziksel aktivitede bulunuyor. 100 kişiden 80'i mutlaka düzenli bir biçimde egzersiz yapıyor. Yürüyor, yüzüyor ya da yapabileceği bir sporla meşgul oluyor. Ya da evinde düzenli olarak birtakım egzersizler yapıyor. Bizim toplumumuzda bu maalesef %20'lerin altında. Bu sene yeni bir çalışma yapıyoruz. Ümit ediyorum ki çalışmamız neticesinde bu oran birazcık olsun artmıştır ama biz bu meseleyle yakından alakadar olmaya devam edeceğiz.

Yaşlılarımız bizim gerçekten çok önemli değerlerimiz. Biraz önce de ifade ettiğim gibi çok şükür halen toplumsal yapısı güçlü bir toplumuz, büyüklerimize gerekli ihtimamı gösteriyoruz. Aslında yaşlılarımızın sağlığı bir anlamda da toplumumuzun sağlığı demek. Kültürümüzün, geleneklerimizin, toplumsal hafızamızın aktarımı; nesiller arasında yaşlılarımızla gerçekleşiyor. Gençlerimize tavsiyem, geçmişin Türkiye'sini büyüklerinden dinlemeleridir. Gerçekten çok mesafe aldık. Türkiye Cumhuriyeti kurulduğundan bu yana önemli mesafeler aldık. Ama son yıllarda bu mesafeleri biraz daha hızlı adımlarla alıyoruz. Bu adımlarımızı hızlandırmak

zorundayız. Türkiye muasır medeniyet seviyesini yakalamak ve onun üstüne çıkmak istiyorsa, mutlaka hızlı adımlarla, hatta koşar adımlarla yürümek zorundadır. Bir hatıramı daha size nakledeyim. Aile hekimliğini geliştirme amacıyla ziyarete gitmek istediğimiz Danimarka'dan yaz mevsiminde bize istediğimiz davet tarihi gelmedi. İkinci defa sordurdum, yine gelmedi. Arkadaşlarıma dedim ki; söyleyin, eğer arzu etmiyorlarsa gitmekten vazgeçiyoruz. Karşı taraftan büyük bir nezaketle hemen cevap verdiler: "Kusura bakmayın lütfen, asla böyle bir şey düşünmüyoruz. Bizim bakanımız tatile çıkacaktı, onun için cevap veremedik." "Tamam dedim, tatil dönüşü gideriz." Cevap: "Ama bakanımız 45 gün tatile çıkacak." Şimdi, ben 15 senelik politikadaki hizmet yıllarıma geriye dönüyorum, bir yıl içinde azami 3 ya da 4 günlük tatil süreleri planlayabilmişimdir. Onların hiçbirisi de o 4 güne ulaşamamıştır. İkinci gününde bir mesele çıktı, işe koşmak zorunda kaldık. Bunu şunun için anlatıyorum. Bahsettiğim ülke gibi ülkeler, birçok açıdan unlarını elemişler, eleklerini duvara asmışlar. Danimarka'da Sağlık Bakanını 45 gün değil, 2 sene tatile gönderseniz, topluma da haber vermeseniz muhtemelen toplumun haberi bile olmaz. Ama biz çok hızlı bir dönüşüm içerisindeyiz. Bakın, 15 sene önce başlattığımız sağlıkta dönüşüm programının ikinci dönemini yapma ihtiyacı hissediyoruz. Çünkü ihtiyaçlarımız değişti. Beklentilerimiz de değişti, algılarımız da değişti. Dolayısıyla biz koşarak yürümek zorundayız. Gençlerimiz geçmişin Türkiye'sini biraz oturup büyükleriyle konuşup tartışılarsa aslında son 15 yıldaki gelişmeleri çok daha iyi göreceklerdir. İnşallah önümüzde bir referandum süreci var, biliyorsunuz. Bir kere daha halkımızın önüne çıkacağız. Vatandaşımıza daha iyi bir Türkiye için, daha iyi bir sistem önerisinde bulunuyoruz. İnşallah bu referandum süresince ülkemiz yeni bir sıçrama dönemine girecek ve her alanda güçlü bir ülke olacaktır. Ben bu toplantının tertibinde önce isimlerini zikredemeyeceğim bütün emek veren değerli kardeşlerime teşekkür ediyorum. Hususen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanımıza ve Bakanlığımıza, İbrahim Barbaros Bey'in şahsında Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğümüze, değerli Rektörümüze, Ankara Üniversitesi'nin değerli rektörü Erkan İbişe ve YAŞAM Başkanlığını yapan değerli hocamız Prof. Dr. Emine Özmete'ye teşekkür ediyorum. Kendisi çok genç olmasına rağmen, yaşlılara verdiği bir gönül var. Onun için teşekkür ediyorum. Emeği geçen herkesten Allah razı olsun. Toplantının başarılı olmasını temenni ediyorum, hepinize tekrar saygılarımı sunuyorum ■







AÇILIŞ OTURUMU

OTURUM BAŞKANI

Dr. Şuayip Birinci, T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

KONUŞMACILAR

> Türkiye’de Sağlıklı Yaşlanmaya Yönelik Politikalar

Prof. Dr. Vural Kavuncu
TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler
Komisyonu Başkanı

> Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri İhtiyacı ve Gelecek Perspektifi

Ayşe Kardaş
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

> Yaşlanma ve Sosyal Güvenlik Harcamalarına İlişkin Projeksiyon

Dr. Orhan Koç
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı



%8,2'LERDE OLAN 65 YAŞ
ÜSTÜ NÜFUSUMUZUN
GELECEK 10 YILDA %10'LARA,
2050'Lİ YILLARDA İSE BUNUN
İKİ KATINA KADAR ÇIKMASI
BEKLENİYOR.

TÜRKİYE’DE SAĞLIKLI YAŞLANMAYA YÖNELİK POLİTİKALAR



Prof. Dr. Vural Kavuncu

TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı

Değerli başkan, çok kıymetli hocalarımız. Bakanlığımızın çok kıymetli bürokratları, sevgili öğrenciler. Hepiniz hoş geldiniz. Bugün Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi’nin düzenlemiş olduğu güzel bir toplantıda yine birlikteyiz. Geçen sene de yine düzenlenen toplantıya iştirak etmiştim. Bu toplantıların politika üretimlerine ve karşılıklı etkileşime son derece büyük katkıları olmakta, bu nedenle öncelikle Uygulama ve Araştırma Merkezi başkanımız sayın Prof. Dr. Emine Özmete Hocamıza ve bu toplantının düzenlenmesi için yoğun bir şekilde katkılarını sunan, bizzat katılarak destek veren Sayın Rektörümüz ve nezdinde Ankara Üniversitesine ve Bakanlığımıza ben de teşekkürlerimi sunarak konuşmama başlamak istiyorum.

Evet, sabah ilk oturumda bahsedildi. Dünya yaşılanıyor. Türkiye de bu yaşılanmadan payını alıyor. Eğer bir kıstas olarak 65 yaş göz önüne alınırsa şu anda 65 yaş üstü nüfusumuz %8,2’lerde. Ama bu ivmelenmeyle devam ederse gelecek 10 yılda bu oranın %10’lara, 2050’li yıllarda bunun iki katına kadar çıkması bekleniyor. Böyle olunca biz günlük yaşamımızı, ihtiyaçlarımızı ve politikalarımızı buna göre yeniden şekillendirmek ve şimdiden bu

geleceğe mutlaka hazır olmak zorundayız. Yeni sorunlarla karşı karşıyayız. Bunun için yeni hizmet modellerini birlikte geliştirme zorunluluğumuz var. Eskiden olan toplum dokusunda da bazı değişiklikler var. Ben geniş bir ailede doğdum ve büyüdüm. Doğrusu kendimi çok mutlu ve şanslı hissediyorum bu anlamda. Benim yaşadığım ailede anne, baba ve kardeşin yanı sıra dede ve babaanne de vardı. Çok büyük bir ev değildi. Ama bahçeliydi. O psikolojik doyumu, çocukluk gelişimime olan katkısını çok derinden hissettim. Ama öyle tahmin ediyorum ki, eğer Allah nasip eder verirse torunlarımız herhalde o kadar şanslı olmayacak. Görünen o. Biz bunu şimdiden kabul ettik. Bizden sonraki neslin artık bu geniş aile kavramı içerisinde yaşamak arzusunda olmadığını ben şimdiden hissediyorum. Ankara'da üniversitede okuyan bir oğlum var. 2 sene öncesine kadar da birlikte kalıyorduk. Ama gün geçtikçe artan talep ve istekler nedeniyle artık o kendisi başka bir evde kalıyor. Artık böyle bir arzu ortaya çıktı. Yaşlı olmasak bile insan psikolojik olarak bunu hissediyor. Acaba arar mı diye her gün gözüm telefonda. Demek ki biz sorumlu politikacılar olarak şimdiden empati kurarak ve hissederek kendimiz adına şu anda bir şeyler yaparsak, Allah sağlık verirse önce kendimiz yararlanacağız bu politikalardan. Böyle düşünerek konuya bakmak lazım. Tabii yaşlanma ile birlikte, yaşlı toplumla birlikte, politika üretirken bu kesimin yeni problemlerini, demansa olan eğilimlerini, birtakım kronik hastalıklar ve süreçler ve bunların yönetimi ile ilişkili olan konuları mutlaka gözden geçirmemiz gerekiyor. Biz yaşlı politikaları deyince aslında sadece hasta olan, bakıma muhtaç olan yaşlıları da anlamıyoruz. Toplum içindeki üretkenliği, kendi çevresiyle birlikte yaşama olan katkısıyla sağlıklı bir yaşam süren bireyi de göz önünde tutuyoruz. Bu nedenle, yaşlı politikaları deyince sadece huzurevlerini veya buna bağlı birtakım tedavileri ve hastaneleri anlamak çok doğru değil.

Bu toplantıya gelirken huzurevlerinde ne kadar yaşlı baktığımızı tekrar kontrol ettim. Şu anda özel ve kamu toplamı Türkiye'de yaklaşık huzurevi nüfusu 25 binler civarında. Henüz son derece az. Bundan aslında mutluluk duymalıyız. Sabah Sayın Bakanımızın bahsettiği şekliyle, biz henüz kurumsal yaşlı bakımı yönüne doğru çok fazla kaymış değiliz. Şükürler olsun ki, aile bakımları ve toplum içindeki bakımlar, hala önemini koruyor. Biz bunu toplum içerisindeki ziyaretlerimizde de yakinen hissediyoruz. Hakikaten çok iyi koşullarda olmayan, yaşayamayan bazı yaşlılara ve yalnız yaşayanlara kurumsal bir bakım önerdiğimizde önemli dirençlerle karşılaşıldığına şahidim. Kendi mekanında ve kendi ortamında bakılmak en büyük arzusu. Bunu aslında kendimize de sorabiliriz. Biz kendimiz yaşlandığımızda nasıl bir yaşlılık ve nasıl bir hayat bekliyoruz diye. Ne istiyoruz? Herhalde yine en çok kendi çevremizde, kendimize yeter tarzda, yetemediğimiz zaman belki önce kendi çevremizden olmak üzere bazı destekleri alarak ama bakım faaliyetlerimizi temelde kendimiz sürdürerek, bu yaşamı devam ettirmek en büyük arzumuz olur. Zaten ağzımızdaki dualardadır; Allah

elden güçten düşürmesin, kimseye muhtaç etmeden kendi kendimize bir yaşam nasip etsin diye. Öyleyse kendi sosyal modelimize göre bir yaşlılık politikası geliştirmek bizim en büyük hedefimiz olmalı.

Biz bir Finlandiya değiliz, bir Norveç değiliz. Oradaki toplum gibi değiliz. Biz oradaki huzur-
revlerini de gördük. Belki çok iyi koşullarda olan bazı binalar veya bazı ortamlar olabilir. Ama
inanın orada belki çok iyi konuşamayan bir yaşlı bir tekerlekli sandalyede neredeyse ömür
geçiriyor. Otomatizme binmiş günlük ritüelleri içerisinde birtakım bakım faaliyetleri sürdürü-
lüyor. Eğer gidip de orada bir yaşlıyı sadece onların dilinde selamlar ve omuzuna dokunup
gülümserseniz o yaşlının size büyük bir sıcaklıkla baktığını ve gülümsediğini görebilirsiniz.
Yani belki o gelişmiş devletler orada onlara iyi imkânlar, farklı ortamlar sağlayabiliyor ama bir
dokunuşu, bir sıcak teması sağlamada aynı derecede başarılı değiller doğrusu. O nedenle biz
sağlıklı bir yaşlanma ve yaşatma için yaşlılara uygun kent modellerini, ev modellerini, sos-
yal ortam modellerini ve imkânlarını birlikte geliştirmek ve sunmak zorundayız. Yaşlı dostu
kentler kavramı aslında çok yeni bir kavram değil. Ama şu an ülkemizde engelli erişilebilir
kavramını daha çok önemseydiğimiz yerler var. Turizmle alakalı terminolojiyi önemseyi-
miz ve sertifikalandırdığımız beldeler ve yerleşkeler var. Ülkemizde yavaş kentler dışında yaşlı
dostu kent açısından önemli adımların henüz atılmadığını görüyoruz. Aslında çok zor şeyler
de değil bunlar. Örneğin sokak mobilyalarını düzenlerken, sokak mimarisi ve şehir mimarisini
düzenlerken yaşlıların göz önüne alınması; çarşıdan evine doğru yürürken bir yaşlının bir
adım nefesleneceği, oturacağı, dinlenebileceği bir sokak bankının onlara güzel bir şekilde
döşenmesi. Belki birtakım küçük sokak hayvanlarının yaşlılarla daha yakın temasta olabilece-
ği ortamlar oluşturulması. Çok zahmetli şeyler değil doğrusu. Yine onların sağlıklı bir yaşam
sürdürmesi açısından hastaneye ulaşmaları sadece hastalıklarında, akut hastalıklarında veya
bakımlarında olmamalı. Aynı zamanda onların korunmaları, kronik hastalıklarının yönetimleri,
hayat konforlarını bozan vücut ve bedensel fonksiyonlarının daha iyi duruma getirilmesi için
yapılacak koruyucu bazı çalışmaların da öncelenmesi gerekiyor. Bu anlamda Bakanlıklarımı-
zın bazı önemli uygulamaları var. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığının ASDEP projesi kapsamın-
da -bu bir sosyal destek projesidir- tıpkı aile hekimleri gibi aile sosyal hizmet uzmanlarının
da olacağı bir ağ öngörülüyor. Sosyal hizmet uzmanlarının, evlere, hanelere giderek onların
sosyal ihtiyaçlarını tespit etmeleri ve karşılamaları, bu koordinasyonun yapılması için bir sis-
tem, şu anda yeni yeni oturtuluyor. Bu sistemin aynı şekilde sağlıklı yaşamın da koruyucu bir
ev hizmeti olarak verileceği biçimde genişletilmesi gerekiyor.

Şu anda biz birtakım yeni tesisler kuruyoruz. Sağlıklı insanların gideceği ve orada beslen-
me, psikolojik, bedensel ve egzersiz yönetimlerinin sağlanacağı sağlıklı yaşam merkezle-

ri, bu yıldan itibaren hizmete girmeye başlayacak. Ancak bu bir kültürdür, sağlıklı yaşam kültürünü topluma yerleştirmek her şeyden fazla önem taşıyor. Evde bakım hizmetlerini son derece önemsiyoruz. Şu anda evde bakım hizmetleri sadece o kişilerin tıbbi bakımları değil, sosyal destek bakımları da gerçekleştirilecek şekilde genişletiliyor. Bunun yanı sıra bu hastalara, evlerde uygulanabilecek basit fiziksel egzersiz ve hareketlerin de yaptırılacağı sistemler yavaş yavaş yerleşiyor. Örneğin benim kendi şehrim olan Kütahya'da, evde fizyoterapi hizmetlerini yürütmeye başladık. Kronik birtakım problemleri olan hastaların rehabilite bazı egzersiz uygulamaları için verilmiş olan programlara göre hastanelere gelme zorluğu var. Onları hastaneye getirmeden, evlerinde bu işlemleri sürdürüyoruz. Bağımsız yaşam için birtakım günlük araç ve gereçlerin düzenlenmesi son derece önem taşıyor. Aslında yurtdışında bunlara özgün özel sektörler bile oluşmuş. Mesela eli titreyen, denge ve koordinasyonu sağlayamayan bir yaşlı ev hanımının, ev mutfak aktivitelerini sürdürmesi için belki mutfağında bazı değişiklikler gerekecek. Belki özel tencere, özel bıçak, özel kesme aleti kullanması gerekecek. Banyo, tuvalet ihtiyaçları için belki o eve küçük destekler, birtakım tutamaçlar eklenecek ve güvenlik önlemleri alınacak. Belki bu kişilerin düşmemeleri için evin zemininde birtakım kaydırmazlar, özel uygulamalar yapılacaktır. Artık bunlara ilişkin düzenlemeleri de bilen, uygulayan elemanlarımız yetişiyor. Eve gelecek, evde hangi tür mimari değişikliklerin yapılması, hangi önlemlerin alınması gerektiğiyle ilgili; o kişinin hayatını kolaylaştıracak basit düzenlemelerle ilgili -örneğin mutfakta yapılacak düzenlemeler, banyoda yapılacak düzenlemeler, yatak odalarında yapılacak düzenlemeler- bilgi verecek elemanlarımız şu anda yetişiyor.

Kurumsal bakım isteyen yaşlılarımız için de eski huzurevi modellerinden artık yavaş yavaş vazgeçiyoruz. Çünkü Sayın Bakanımızın verdiği örnekteki huzurevleri, belki büyük şehirlerde belirli bir işlerlik ve fonksiyona sahip ama Anadolu kültürünün hakim olduğu iller ve daha küçük yerleşim yerlerinde bu tip huzurevlerini biz hala çalıştırmıyoruz. İşte bunun için Aile Bakanlığımız bunlara özgü olarak bazı yeni modeller geliştiriyor. Mesela sokak evleri, yani müstakil evlerden oluşan bir mahalle havasındaki bir yer Türkiye için daha cazip olabiliyor. Şu anda bunun ön uygulamalarında bazı yaşlı evleri var. Yani huzurevinde değil, normal bir apartmanda, mahallenin içerisinde, onlara gözetim ve yeterli destek verilecek bir ev ortamında o yaşlıların bakımları sürdürülebiliyor. Tabii bazı yaşlılarımızın hastalık halleri daha ön plana çıkıyor. Ve tıbbi bakımları gerektiğinde de tıbbi bakım ve rehabilitasyon ünitelerimiz ve birimlerimiz var. Buralarda hastalara gereken tıbbi konsültasyon ve birtakım hizmetler verilebildiği gibi, rehabilitatif uygulamaların da yer alacağı bazı planlamalar yapılmışsa da söz konusu planlamaların bu noktada, şu anda çok aktif olduğunu söyleyemeyiz. Bunun için bakanlığımızla da birlikte çalışmalarımız devam

ediyor. Yani bu tıbbi bakım yerlerinde, birtakım tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin daha profesyonel olarak verilmesi için bazı organizasyonlar şu anda devam ediyor.

Bununla ilişkili önemli yeni bir kavram da yaşlı destek merkezleri. Bunun Ankara'da bir pilot uygulaması da var. Ankara Valiliği ve bir vakıf vasıtasıyla sürdürülebilir bir çağrı merkezi hizmeti. 7 gün, 24 saat devam eden bir çağrı merkezi. Özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılara destek vermek için düzenlenmiş bir merkez. Yaşlılara evde temel bir iletişim mekanizması sağlıyor. Bu bir bileklik ya da kolye şeklinde olabiliyor. Evdeki bir sistem vasıtasıyla o yaşlı bir düğmeye bastığında özel bir hat ile doğrudan bu çağrı merkezine bağlanıyor. Ve çağrı merkeziyle yaptığı görüşmede, karşısında yetişmiş, bu noktada eğitilmiş olan personeller var. Bunlar psikolog olabiliyor, sosyal hizmet uzmanları olabiliyor. O yaşlı ihtiyaçlarını dile getirebiliyor. Sağlık sorunlarını dile getirebiliyor. Veya psikolojik ihtiyaçlarını dile getirebiliyor. Kötü hava koşullarında evinde ekmeği kalmazsa onu bile söyleyebiliyor. Yahut da, evinde tehlikeli bir durum varsa bundan bahsedebiliyor. Bir şeyini unutmuş, kaybetmişse bunu söyleyebiliyor. Bu hastanın/yaşlının almak zorunda olduğu günlük ilaçların takibi o çağrı merkezinde var. Yani düğmeye bastığında o kişinin bütün kimlik bilgileri çağrı merkezindeki bilgisayara dökülüyor; o kişinin bütün hastalıkları, kullandığı ilaçlar, evinin yedek anahtarının kimde olduğu, hangi mahalle ve sokakta oturduğu, ona en yakın olan sağlık Merkezinin bütün bilgileri yer alıyor. Bütün merkez aynı zamanda acil sistemlerle, gerek tıbbi gerekse itfaiye, polis gibi acil ihtiyaç duyulabilecek herkesle irtibatlı olduğu için de hızlı bir koordinasyonla ilgili kişinin ihtiyacına cevap verilebiliyor. Hatta özel düzenlenen ilaç kutuları mevcut, eğer belirlenen saatte o kişi o kutuyu açmamış ve ilacını almamışsa, merkeze bir uyarı gidiyor. Merkezdeki kişi anıyor, diyor ki: 'Ayşe teyze, sen bugün ilacını almadın galiba, ne durumdasın? Bir sıkıntın var mı?' Bu kişilerin yatak odalarına özel sensörler takılıyor. Evde belirli bir süre hareketsizlik olursa merkeze bir haber gidiyor. Bu evde bir hareket eksikliği var, diye. O zaman çağrı merkezindeki kişi alarma geçiyor ve bu kişinin komşusunu veya çocuğunu haberdar edip kontrol etmesini istiyor. Olmazsa kendileri görevli gönderiyor. Alzheimerlılar için bazı özel uygulamalar var. Bu kişilere özel takılan navigasyonlu kolyeler aracılığıyla bu kişilerin kaybolmalarının önüne geçilebiliyor. Evlerin önüne konulan bir paspas sayesinde Alzheimerlı kişi evinden dışına çıktığı anda bundan haberdar olunuyor. Buna benzer birçok örnek mevcut. Bu çağrı Merkezinin avantajı şu: Bu çağrı merkezi şu anda Ankaralıları hizmet veriyor ancak Hakkari'de yaşayan bir yaşlıya da hizmet verecek şekilde yapılmış durumda. Yani Ankara'dan Hakkari'deki bir yaşlıya aynı hizmetler şu anda bu sistemlerle götürülebilir. Bu hizmetlerin destek hizmetlerle birlikte yaygınlaştırılması çok önem taşıyor. Tabii ki bütün bunları gerçekleştirmek için, en önemli konu insan faktörü ve yetişmiş personel. Bununla ilişkili yaşlı bakım teknikleri, sosyal hizmet uzmanları ve özelleşmiş bazı alanlardaki yetiş-

miş elemanlar da şu anda politikalarımızın içerisinde. Ama bunların koordinasyonu çok iyi yapılıyor mu? Yaşlı bakım tekniklerini ve sosyal hizmet uzmanlarını mezun ediyoruz. Ama hastanelerimizde ve bakımevlerinde bu kişilerin istihdamı henüz tam anlamıyla yapılabilmiş değil. Ama bütün bunların planlamaları var. Zannediyorum önümüzdeki dönemde bizim de politikalarımızı belirleyen unsurlar bunlar olacaktır. Sözlerimi tamamlarken tekrar toplantının başarılı geçmesini temenni ediyorum. Gelecekte daha huzurlu, sağlıklı bir toplum temennisiyle ve ilerde inşallah bizlerin de sağlıklı yaşlanabilmemiz ve şu anda konuştuğumuzda da bizzat kullanıcısı olabilmemiz dileği ve temennisiyle hepinize saygılarımı, sevgilerimi sunuyorum ■





BUGÜN İTİBARIYLA
ÜLKEMİZDE EVDE BAKIMI
MÜMKÜN OLMAYAN YA DA
TERCİH ETMEYEN, KURUMSAL
BAKIM İHTİYACINDA OLAN
30 BİN 590 YAŞLIMIZA
DEVLET, ÖZEL SEKTÖR,
DERNEKLER VE AZINLIKLARIN
İŞLETTİĞİ TOPLAM 367
HUZUREVİNDE HİZMET
VERİLMEKTEDİR.

TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ İHTİYACI VE GELECEK PERSPEKTİFİ



Ayşe Kardeş

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Ülkemiz aile değerlerinin önemsendiği, yaşlıların ailenin önemli bir üyesi olmaya devam ettiği kültürel yapısını hala korumaya çalışmaktadır. Aile, birbirlerine doğrudan akrabalık bağlarıyla bağlı olan insan topluluğu olup toplumsallaşmanın da temel kurumudur. Ailenin birincil işlevi, biyolojik ve kültürel yeniden üretimdir. Bununla birlikte toplumsal değişimin doğrudan etkilediği (ve ondan etkilendiği) ailelerde hızlı dönüşümler gözlenmektedir. Genç kuşaklarda evliliğe ve ana babalığa ilişkin tutumların değişmesi, boşanma oranlarındaki artış, kadınların ev dışında çalışmaya başlaması gibi değişimler aile kurumunu önemli ölçüde değiştirmiştir.

Günümüzün sosyo-ekonomik koşulları ve değişen kültürel faktörler aile yapısında değişime yol açarken, önceleri özellikle kırdaki daha yaygın olan geleneksel geniş aileden çekirdek aileye doğru bir geçiş eğilimi gözlenmektedir. Kente göç eden ailelerde kırdaki üretim işlevinin sona ermesi ile aile içindeki nesiller ve cinsiyetler arası ilişkiler de farklılaşarak geniş ailelerden küçük ve basit yapıya, çekirdek ailelere dönüşme süreci hızlanmıştır. Kentlerde, ailenin toplum içindeki rolü ve işlevlerinin sürekli olarak yeniden tanımlandığı bir süreç

yaşanmaktadır. Geleneksel yapıdaki ailenin bireylerine sağladığı güvenlik, barınma, beslenme, eğitim, boş zaman etkinlikleri, sosyalleşme ve statü kazandırma işlevlerini kentlerde aile dışındaki kurumlar üstlenmektedir. Öte yanda çekirdek aile yanında üst kuşaktan yaşlı veya yaşlıların barındığı ve genellikle ekonomik veya yaşlılık sorunları ile baş etme stratejisi olarak benimsenen geniş aile biçiminin toplumda halen devam ettirilen bir aile formu olduğu da görülmektedir. Geniş aile biçimi yaşlı ve genç kuşakların karşılıklı olarak birbirlerine maddi ve manevi destek verdikleri ve dayanışma içinde oldukları bir ortamı sağlayarak –eskisinden daha az yaygın olsa da- varlığını devam ettirebilmektedir.

Aile döngüsü içerisinde yaşlının bakımı önemli bir işlev olarak hala geçerliliğini koruyabilmektedir. Ancak giderek artan oranda, çeşitli nedenlerle aileler yaşlı ebeveynlerinin bakımını üstlenmekte zorlanmaktadır. Bu durumda dahi yaşlılarını yanlarına alamıyorlarsa da onlarla aynı bina, aynı sokak ya da aynı mahalle içerisinde ikamet etme eğilimini göstermektedirler. Dolayısıyla yaşlı ebeveynlerle olan mekânsal yakınlık evde bakımda ikinci bir tercih olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde yaşlı nüfus sayısı ve oranı her geçen yıl artış göstermekte olup %8,2'lik oranla ülkemiz yaşlı toplumlar sınıfında yer almaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu durum yaşlı bakım ihtiyacının artışına da işaret etmekle birlikte konuyla ilgili toplum destekli politikalar bakım ihtiyacını makul ölçülerde gidermeye katkı sunacaktır.

Yaşlıların kurum bakımı ihtiyacını giderebilmek amacıyla ülkemizde 1960'lı yıllardan itibaren verilmekte olan huzurevi hizmetiyle, huzurevlerinin şehir merkezlerinde, sağlık merkezlerine yakın, şehir içi ulaşımına uygun, kapasitesi 60–100 arasında, erişilebilir, kişiselleştirilebilir, bakım ve rehabilitasyon kapsamındaki her türlü hizmetin nitelikli ve zamanında verilmesine elverecek özelliklerde olması önemsenmektedir. Bu hizmetten, ekonomik durumu iyi olan ancak sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılarımız uygun ücretlerle yararlanırken, ekonomik ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ile 1005 sayılı Kanun gereği İstiklal Madalyası verilen yaşlılarımız ise ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Ücretsiz kalan yaşlılarımıza Bakanlık bütçesinden aylık harçlık da verilmektedir. Bugün itibarıyla ülkemizde evde bakımı mümkün olmayan ya da tercih etmeyen, kurumsal bakım ihtiyacında olan 30 bin 590 yaşlımıza devlet, özel sektör, dernekler ve azınlıkların işlettiği toplam 367 huzurevinde hizmet verilmektedir. Bakanlığımıza bağlı Ankara'da 10, İstanbul'da 9, İzmir'de 8, Aydın'da 5, Afyonkarahisar, Eskişehir, Kocaeli, Manisa, Samsun, Zonguldak'ta (altı ilde) 4'er, Bolu, Denizli, Kahramanmaraş, Kastamonu, Mersin'de (beş ilde) 3'er, Adana,

Antalya, Amasya, Artvin, Bursa, Çankırı, Çanakkale, Çorum, Düzce, Edirne, Erzincan, Gaziantep, Isparta, Karaman, Kırklareli, Kırşehir, Konya, Muğla, Tekirdağ, Trabzon, Tokat, Yalova, Yozgat'ta (yirmi üç ilde) 2'şer, Ağrı, Aksaray, Balıkesir, Bartın, Bayburt, Bilecik, Elazığ, Giresun, Hatay, Karabük, Kütahya, Malatya, Nevşehir, Niğde, Ordu, Osmaniye, Rize, Sakarya, Sinop, Sivas, Tunceli, Uşak, Van'da (yirmi üç ilde) 1'er olmak üzere 140 huzurevi bulunmaktadır.

Engel durumu bulunan 160 bin yaşlımızın bakım hizmeti veren yakınlarına "Evde Bakım Sosyal Yardım"ı Bakanlığımızca yapılmaktadır. 2022 sayılı 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz yaşlılarımıza aylık bağlanmaktadır. Ancak, yaşlı nüfusun artması, huzurevine yatmak için uzun süre beklenmesi, hastane yataklarının uzun süre işgal edilmesi, yaşlıların bakım gereksinimini karşılamadaki yetersizlik, sağlık harcamalarının artması, bakım hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla finansmanında zorlanma, aile bireylerinin bakım hizmetlerindeki payında azalma ve toplumsal ve kültürel yapımızdaki değişimler yaşlı bakımında yeni hizmet modellerinin uygulanmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu nedenle Bakanlığımızca yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerde; verimlilik, hizmetlere kolay erişilebilirlik, saydamlık ve denetlenebilirlik, Ulusal Yaşlılık Eylem Planı kapsamında sabit kaynaklarla ülke genelinde yaygın hizmet sunumu, merkezi yaşlı veri bankası sisteminin gelişimi, ülke genelinde kesintisiz modern hizmet güvencesi modellerinin oluşturulması, kurumlar arası işbirliği, aile ve toplumsal yapı özelliklerimiz, uluslararası kalite standartları, kullanımı kolay teknolojiler ve ergonomik ev içi düzenlemeler, bütüncül sosyal, psikolojik, sağlık ve mekânsal destek hizmetleri ile yaşanan nüfusun yaşamlarını sürdürdükleri kendi ev ortamlarında desteklenmeleri, gerekli hizmetlerin en seri şekilde ulaştırılması ile saygın bir yaşlanmanın sağlanması hedeflenmektedir. Bu çerçevede yeni huzurevi yapımı sınırlandırılmış, var olan huzurevlerinde özel bakım yaşlılarının artmasıyla Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri açılarak huzurevleri yaşlılarının 24 saat sağlık ve sosyal bakım hizmeti alabileceği sağlık bakım merkezlerine dönüştürülmüştür.

Evde sağlık, bakım, destek kapsamında yaşlının sağlığını korumak ve kapasitesini geliştirmek için tüm sağlık ve sosyal kaynakların ve hizmetlerin tek bir çatı altında sunulmasına yönelik protokol imzalanmıştır. Bu Protokol'ün tarafları T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. İçişleri Bakanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği'dir.

Bakanlığımızın yapılanma sürecinde; site tipi, avlu tipi ve sokak tipi olmak üzere 3 farklı huzurevi modeli oluşturulmuştur. Bu çerçevede ilerleyen yıllarda açılmak üzere yatırım programında 35 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi bulunmaktadır. Bakanlığımızca son yıllarda uygulanmakta olan Yaşlı Yaşam Evleri hizmetiyle, 60 ve üzeri yaşta olan, sosyal

ve/veya ekonomik yoksunluk yaşayan, bakım ve korunma gereksinimi olan, kuruluştaki kalmakta iken çeşitli nedenlerle uyum problemi yaşayan, ortam değişikliği talep eden, sağlık durumu nedeniyle daha korumalı bir ortamda kalması gereken, eşiyile birlikte kuruluştaki kalmakta iken eşini kaybeden, emeklilik sonrası günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilen, güvenli ve huzurlu bir ortam arayışı içerisinde olan yaşlılara ev ortamında bakım hizmeti sağlanmaktadır. Bakanlığımızın 2012 yılında başlattığı “Yaşlı Yaşam Evi Projesi” ile 41 yaşlı yaşam evinde 154 yaşlı bireye hizmet sunulmaktadır.

Türkiye Ulusal Yaşlılık Eylem Planı Ulusal Yaşlanma Uygulama Programı 2013 yılında başlatılmış olup ilgili Bakanlıklardan gelen faaliyetler raporlanmakta ve programdaki eylemlerin takibi yapılmaktadır.

Yaşlı ihmal ve istismarının önlenmesinin en önemli ayağı olan yaşlılara yönelik olumlu tutum geliştirilmesi amacıyla kuruluşlarımıza ihmal ve istismar sonucu gelen yaşlıların tespit araştırması, yaşlı bakım ihtiyacının tespitine ilişkin rapor vb. çalışmalarla hizmetlere ilişkin planlama çalışmalarına yönelik değerlendirmeler yapılmıştır.

Aktif Yaşlanma Endeksi veri toplama çalışmaları BM Yaşlanma Çalışma Grubu Nüfus Birimi ve TÜİK’le ilgili kurumların desteği ile sürdürülmektedir.

Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu 26-27 Kasım 2015 tarihlerinde Bursa’da Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği, Sağlıklı Kentler Birliği işbirliği ve Valiliğin desteği ile gerçekleştirilmiştir.

Bakanlığımızca “2016-2020 Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi Taslağı” hazırlanmış olup söz konusu Strateji Belgesi’nin eylem önerileri, öncelikli olarak işgücü piyasasına aktif katılım, bağımsız yaşam ve topluma katılım olarak belirlenmiştir.

2017 yılında uygulamaya başladığımız Yaşlılara Destek Programı (YADES) kapsamında büyükşehir belediyesi olan illerde valiliklerin yetki ve sorumluluğunda, yaşlılara yönelik evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi için Bakanlığımızca belediyelerin desteklenmesi sağlanmıştır.

Bakanlığımızca yaşlı bakım hizmetlerinde bu hizmetlere ek olarak orta vadede;

- Alzheimer-demans, ruhsal engelli yaşlılar için ihtisaslaşmış yaşlı bakım modelleri,
- Yaşlıların bireysel ihtiyaçları dikkate alınarak, öncelikle evlerinde ve ailelerinin yanında

evde destek ve evde bakım hizmetleri ile desteklenmeleri, yeterli gelmiyorsa gündüzlü bakım ve yatılı bakım hizmetlerinden yararlandırılması,

- Yaşlılarımızın ve ailelerinin faydalanabileceği sosyal dayanışma ve sosyal danışmanlık hizmetlerinin artırılması,
- Her türlü bakım hizmetlerinin niteliği ve ihtiyaca cevap verebilirliğinin artırılması planlanmaktadır.

Uzun vadede;

- Yaşlı bakım hizmetlerinin yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından ağırlıklı olarak yerel ihtiyaçlar dikkate alınarak verilmesi,
- Bakanlığın politika, strateji ve hizmet esaslarını belirleyen, düzenleyen, izleyen ve rehberlik eden, denetleyen ve geliştiren-dönüştüren bir rol üstlenmesi planlanmaktadır.

Bu çerçevede öncelik sırasına göre kısa veya uzun süreli kurum bakımı vb. hizmet modellerini bölgesel farklılıkları da dikkate alarak aşağıdaki şekilde planlayıp uygulamayı hedefliyoruz.

- Hayat boyu öğrenme,
- Evde sağlık (Sağlık Bakanlığı),
- Evde bakım/destek,
- Yaşlı hizmet merkezleri,
- Gündüz bakım,
- Yaşlı apartmanı, yaşlı siteleri,
- Yaşlı yaşam evleri ■



YAŞLANMA İLE BİRLİKTE
SOSYAL GÜVENLİK
HARCAMALARININ ARTMASI;
İLERLEYEN DÖNEMLERDE
BU HARCAMALARIN GAYRI
SAFİ YURTIÇİ HASILA (GSYH)
İÇERİSİNDEKİ PAYININ DAHA
BELİRGİN HALE GELMESİ
BEKLENMEKTEDİR.

YAŞLANMA VE SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARINA İLİŞKİN PROJEKSİYON



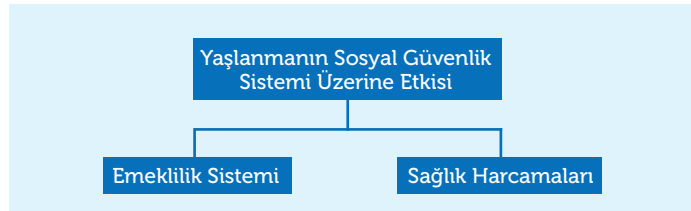
Dr. Orhan Koç

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı

GİRİŞ

Yaşlanmanın sosyal güvenlik harcamalarına etkisini iki başlık üzerinden incelemek gerekmektedir (Şekil 1). Bunlardan ilki yaşlanmanın emeklilik sistemi üzerine etkisi, ikincisi ise sağlık harcamaları üzerine etkisidir. Bu çalışma temel olarak bu iki gider kalemi üzerinden açıklanmaya çalışılacaktır. Aşağıda ilk olarak emeklilik sistemlerinin yaşlanmadan nasıl etkilendiği ve ülkelerin bunlar için almış olduğu önlemler anlatılacak ve ikinci bölümde yapılan uzun dönemli projeksiyonlarda da yaşlanmanın görünümüne değinilecektir. Sonrasında yaşlanmanın sağlık harcamalarına etkisine kısaca değinilecek, yine ikinci bölümde bu durumun uzun dönemli projeksiyonlarda görünümüne detaylı olarak girilecektir.

Şekil 1: Yaşlanmanın Sosyal Güvenlik Sistemi Üzerine Etkisi



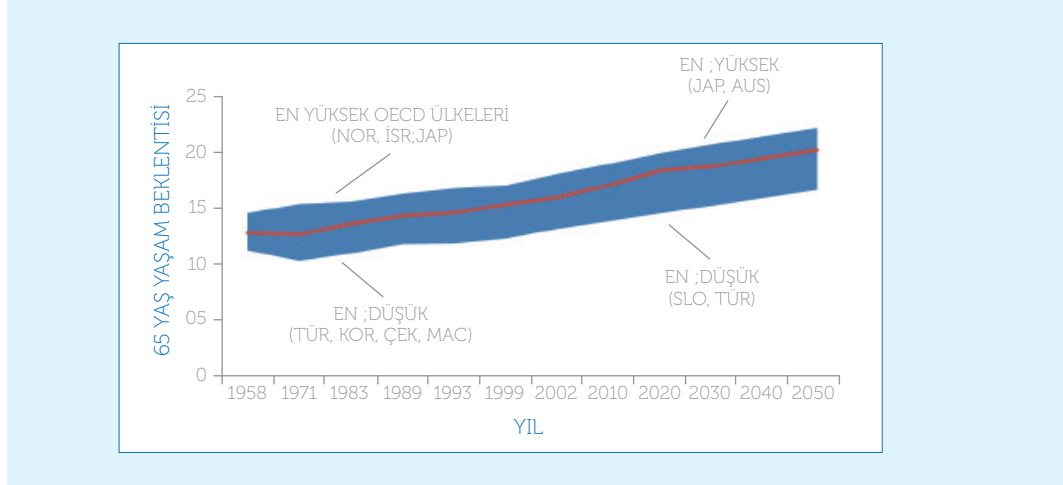
YAŞLANMANIN SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARINA ETKİSİ

Yaşlanma ve Emeklilik Harcamalarına Etkisi

1980'li yıllardan günümüze kadar olan süreçte, özellikle Avrupa Birliği üyesi ülkeler başta olmak üzere pek çok ülke emeklilik sistemlerinde ortaya çıkan sorunlarla mücadele etmektedir. Bunun temelinde aslında ana bir neden vardır. Bu da nüfus yapısındaki yaşlanma ve neticesinde kişilerin emeklilikte geçirdiği sürelerin artmasıdır. Yaşlanmakta olan bir nüfusun emeklilik giderleri emeklilikte geçen sürenin artmasına, sağlık hizmetlerinin finansmanı da doğumda beklenen yaşam süresinin yükselmesine bağlı olarak sürekli olarak artmakta; bu da ülkeleri mali anlamda sıkıntıya sokarak uzun vadede sürdürülebilir bir sistem tesis edebilmek için bazı önlemler alınması gerekliliğini doğurmaktadır (Aydın, 2014:12). Diğer sebepler bir kenara bırakıldığında, birbirinin sebep ve sonucu olan yaşam beklentisinin artması ile emeklilikte geçen sürenin artması ülkeler adına çözüme kavuşturulması gereken en önemli sorun haline gelmiştir.

Aşağıda yer alan Grafik 1, OECD ülkelerinde erkekler için yıllara göre 65 yaş yaşam beklentisinin seyrini göstermektedir. Mavi alan en düşük ve en yüksek yaşam beklentisi bandını, kırmızı çizgi ise OECD ülkelerinin ortalama değerini vermektedir. Grafiğe bakıldığında yıllar bazında Türkiye'nin OECD ülkeleri içerisinde en düşük yaşam beklentisine sahip ülkelerden biri olduğu dikkat çekmektedir.¹

Grafik 1: OECD Ülkeleri 65 Yaş Yaşam Beklentisi (Erkek)



Kaynak: OECD Health Database ve UN Population Division Database, World Population Prospects – The 2010 Revision (2010 – 2050); Aktaran: Aydın, 2014: 15

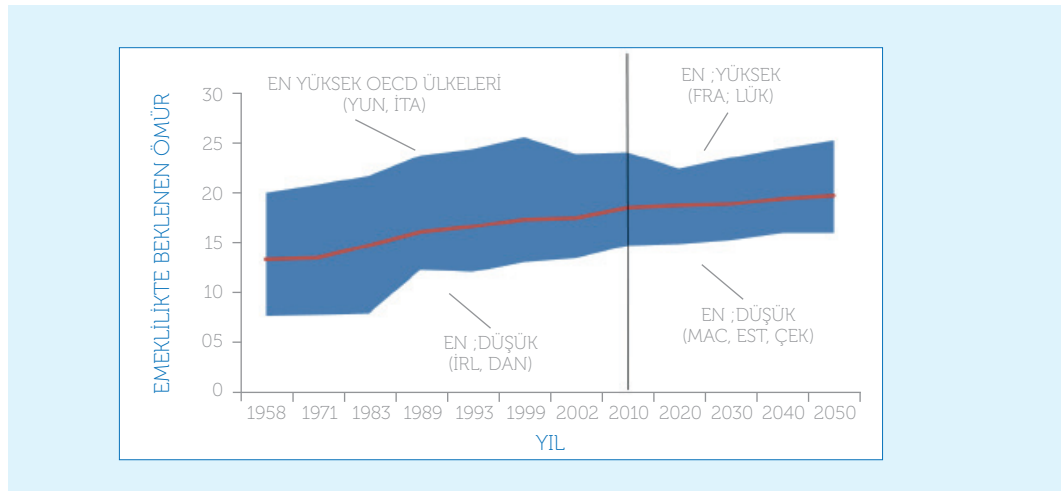
1. Aynı çalışmanın kadın versiyonu için ayrıca bakınız: OECD health database (1960-2005) ve United Nations Population Division Database, World Population Prospects – The 2010 Revision (2010-2050).

Grafiğe göre varsayımsal olarak emeklilik yaşı 65 kabul edildiğinde, OECD ülkelerinde emeklilikte geçirilen süre, 2010 yılı itibarı ile ortalama olarak, erkekler için 17 yıldır. Bu sürenin 2050 yılında 20 yıl olması beklenmektedir. Yaşam beklentisindeki bu artış eğer emeklilik sistemi yaşlanmaya karşı korunmasız bir yapıda ise sistemin her bir emekli için ortalama olarak üç yıllık fazladan ödemeye razı olması anlamına gelmektedir.

Ülkeler yukarıda açıklanan problemlerle başa çıkabilmek için çeşitli önlemler almaktadırlar. En yaygın önlem yükümlülüklerin azaltılması anlamında gelecekte sağlanacak faydalarda değişikliğe gidilmesidir. Bu değişiklik Türkiye’de 2008 yılında yapılan reforma benzer mantıkla, kazançların güncelleme formülünde farklılığa gidilmesi veya emeklilik hak ediş koşullarında şartların güncellenmesiyle mümkün olmaktadır (Aydın, 2014:16).

Grafik 2, ülkelerin almış olduğu önlemlerin tezahürü anlamında daha açıklayıcı olacaktır. Bu bağlamda alınan önlemler Grafik 1’de (65 yaş yaşam beklentisi) gösterilen beklenen yaşam süresi geçişinin daha yumuşak hissedilmesini sağlamıştır. Aşağıda ülkelerin emeklilik tarihinde beklenen yaşam süresinin erkekler için beklenen değeri gösterilmektedir.²

Grafik 2: OECD Ülkeleri Emeklilikte Yaşam Beklentisi (Erkek)



Kaynak: OECD Pensions Outlook 2012, Statistical annex, Tables A3 and A4, Aktaran: Aydın 2014: 17

2. Aynı çalışmanın kadın versiyonu için ayrıca bakınız: OECD (2012), OECD Pensions Outlook 2012, Statistical annex, Tables A3 and A4

Grafikte yer alan kırmızı çizgi OECD ülkelerinde ortalama emeklilikte beklenen yaşam süresini vermektedir. Buna göre 2010 yılı için emeklilikte yaşam beklentisi erkekler için 18,4 yıldır. Bu değerin 2050 yılında 19,6 yıl olması beklenmektedir. Ülkelerin emeklilik yaşında yapmış olduğu düzenlemeler sayesinde, 40 yıllık süreçte emeklilikte yaşam beklentisinin yalnızca 1 yıl artacağı görülmektedir. Bu durumun da yaşlanma sürecinin emeklilik sistemleri üzerine olan yükünü hafifleteceği söylenebilir. Böylelikle kabaca alınan önlemler fazladan ödemeye razı olunan üç yılın bir yıla düşmesi anlamına gelmektedir. Ancak yine de emeklilik yaşında yapılacak düzenleme ile sistemde denge sağlanması yalnızca emeklilik yaşındaki artışın yaşam beklentisindeki artışa eşit olduğu durumda mümkündür (Aydın, 2014:17).

Grafik 2’de Türkiye yer almamaktadır. Bunun sebebini ise kaynak eserdeki yazar Türkiye’nin aykırı değer oluşturması şeklinde açıklamaktadır. Esasında durumun özeti şudur: Halen ortalama emeklilik yaşının 51-52 yaş olduğu Türkiye’de emeklilikte beklenen süre özellikle kadınlarda hâlihazırda 30 yılı bulabilmektedir.³ Bu da üst bant sınırının 25 olduğu Grafik 2’de aykırı değer oluşturmaktadır.

Sosyal güvenlik sistemlerinin mevcut nüfus tarafından beslenmesi özellikle “Tanımlanmış Fayda” ve “Dağıtım Esaslı” yapıya sahip emeklilik sistemlerinde (Türkiye örneğindeki gibi), nüfus yapısının ve bu yapıdaki gidişatın sistemin finansal açıdan uzun dönemde sürdürülebilir olup olmadığını belirleyen en önemli etkenlerden biri olmasını sağlamaktadır. Türkiye’de son yıllarda nüfusun yaş kompozisyonunu belirleyen doğurganlık, ölümlülük gibi bileşenlerde meydana gelen değişimler sonucu aynı doğrultuda toplumun yaş yapısında da önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişimin ilerleyen dönemlerde emeklilik sistemi üzerine birtakım etkilerinin olacağı da aşîkârdır. Bu sebeple nüfus projeksiyonları, demografik yapıdaki değişimin emeklilik sistemi üzerine etkisinin hangi yönde olacağına dair fikir vermesi açısından ve geleceğe yönelik politika üretme noktasında büyük önem arz etmektedir (Aydın, 2014:55-56).

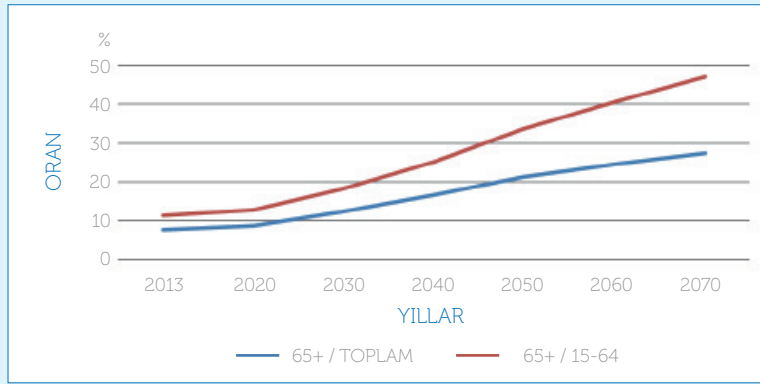
Aşağıda yer alan tabloya göre Türkiye nüfusu belli bir tarihe kadar artmakta (2050 yılına kadar), bu tarihten sonra ise azalış eğilimine girmektedir. Ancak yaşlı nüfus (65+) sürekli olarak artmaktadır. Bu durum da yaşlı nüfusun toplam ve çalışabilir çağıdaki nüfus içerisindeki nispetinin artmasına sebep olmaktadır. Hatta çalışabilir çağıdaki nüfusun toplam nüfustan beslenmesi, nüfusun azalışa geçtiği dönemlerde yaşlı bağımlılık oranındaki artışın (altta yer alan Grafik 3’teki kırmızı çizgi) daha sert olmasına sebep olmaktadır.

3. TRH yaşam tablosuna göre kadınlar için 51 yaş yaşam beklentisi 28,3 yıldır.

Tablo 1: 2016-2070 Yılları Arası Nüfus Yapısı

		2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
Nüfus (Bin Kişi)	Toplam	79.815	81.841	87.657	91.331	92.718	91.983	89.828
	65+	6.652	7.248	10.874	15.234	19.698	22.623	24.637
	15 - 64	52.238	56.083	59.620	60.448	58.503	55.851	52.366
Oranlar (%)	65+ / Toplam	8,3	8,9	12,4	16,7	21,2	24,6	27,4
	65+ / 15 - 64	12,3	12,9	18,2	25,2	33,7	40,5	47,0

Kaynak: 2016 yılı verileri TÜİK ADNKS sonuçlarından, sonraki yıllar TÜİK 2013 bazlı temel senaryo nüfus projeksiyonundan alınmıştır.

Grafik 3: Yaşlı Nüfusun Toplam ve Çalışabilir Çağdaki Nüfus İçindeki Oranı

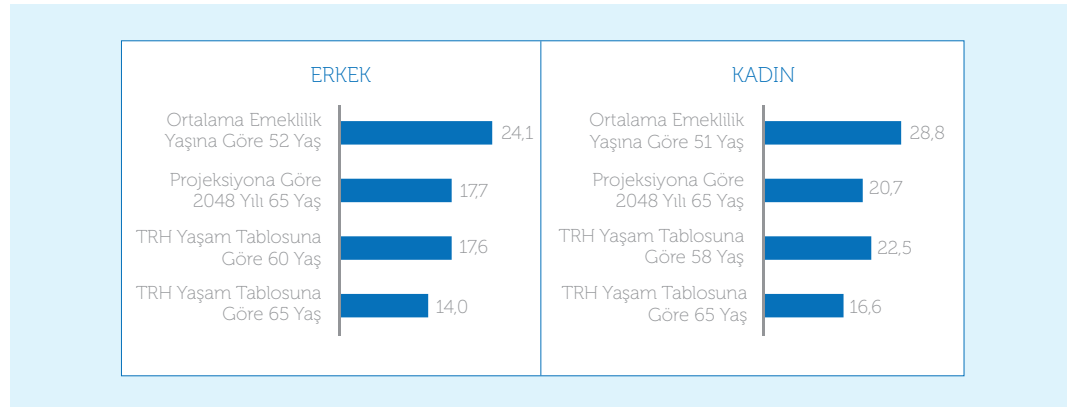
Kaynak: TÜİK 2013 yılı bazlı, temel senaryo nüfus projeksiyonu.

Türkiye’de bu yaş kompozisyonunun değişiminin etkisi sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformlar ile dengelenmeye çalışılmıştır. Özellikle 5510 sayılı kanun ile öngörülen ve 2048 yılında tamamlanması öngörülen kademeli yaş geçişinin emeklilikte beklenen yaşam süresini dengelemesi beklenmektedir. Bu durumu aşağıda yer alan Tablo 2 ve Grafik 4 ile daha net bir şekilde açıklamak mümkündür.

Tablo 2: Türkiye İçin Seçilmiş Yaşlarda Beklenen Yaşam Süresi

Erkek		Kadın	
Yaş Koşulları	Beklenen Yaşam Süresi	Yaş Koşulları	Beklenen Yaşam Süresi
TRH Yaşam Tablosuna Göre 65 Yaş	14,0	TRH Yaşam Tablosuna Göre 65 Yaş	16,6
TRH Yaşam Tablosuna Göre 60 Yaş	17,6	TRH Yaşam Tablosuna Göre 58 Yaş	22,5
Projeksiyona* Göre 2048 Yılı 65 Yaş	17,7	Projeksiyona* Göre 2048 Yılı 65 Yaş	20,7
Ortalama Emeklilik Yaşına Göre 52 Yaş	24,1	Ortalama Emeklilik Yaşına Göre 51 Yaş	28,8

Kaynak: Aydın, 2014:62

Grafik 4: Cinsiyete Göre Türkiye İçin Beklenen Yaşam Süreleri

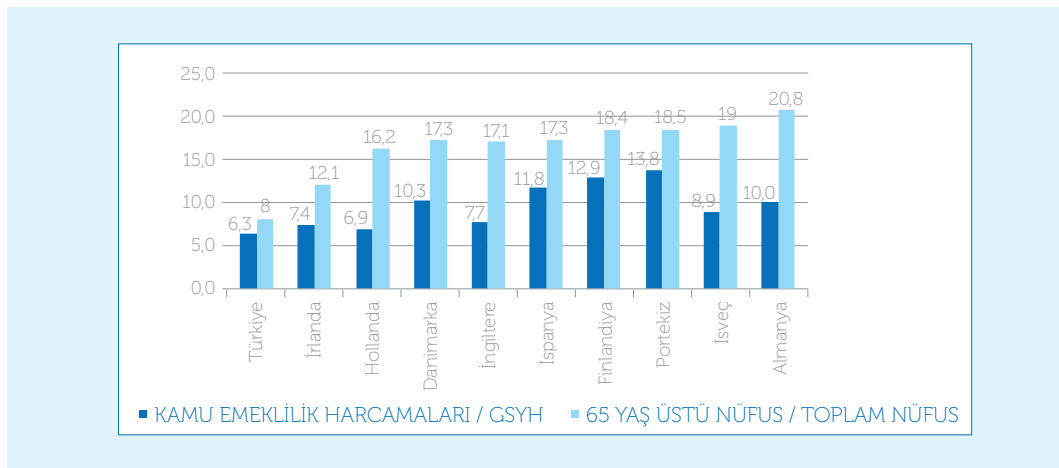
Kaynak: Tablo 2

Tabloda cinsiyetlere göre 65 yaşında beklenen ömür ile Türkiye için hesaplanmış bazı seçilmiş yaşlardaki beklenen yaşam süresi görülmektedir. 52 ve 51 yaşları Türkiye’de hâlihazırda kadın ve erkeklerde ortalama emeklilik yaşlarıdır. 60 ve 58 yaşları 4447 sayılı Kanun ile gelen ve etkisini uzun süre gösterecek olan emeklilik yaşını ifade etmektedir. Sadece 65 yaşındaki yaşam beklentisi kıyaslaması yapıldığında Türkiye’nin ülkeler bazında sıralamada en sonda yer alan ülkelerden biri olduğu önceden de açıklanmıştı (Grafik 2). Ancak emeklilerin emekli olduklarındaki yaş yapısı incelendiğinde, kadınlarda 51 yaş için 28,8 yıl, erkeklerde 52 yaş için 24,1 yıl ile Türkiye emeklilikte en uzun yaşam beklentisine sahip ülke konumuna gelmektedir. Bu durum örneğin emeklilik yaşının 65 olduğu Hollanda için kadınlarda 21,2 erkeklerde ise 17,9 yıldır. Mevcut sistemde kademeli geçiş 2048 yılına dek devam edecek ve emeklilik yaşı ancak 2048 yılında 65 yaş olarak sabitlenecektir. Bununla birlikte Türkiye için yapılan doğumda beklenen yaşam süresi tahminlerinden elde edilen sonuçlar beklenen yaşam süresinin sürekli olarak artacağını öngörmektedir. Bu sebeple emeklilik yaşı artsa bile beklenen yaşam süresinin de artmasının emeklilikte yapılacak aylık ödemeleri döneminin süre olarak uzun-

luğunu dengeleyeceği tahmin edilmektedir (Aydın, 2014:62-63). Tablo 2 ve Grafik 4 geride kalan beklenen yaşam süresini dikkate alarak durumu özetlemektedir. Tablo bir örnek ile açıklanacak olursa; 2016 yılında 60 yaşındaki erkekler için yaşam beklentisi 17,6 yıldır. Kademeli geçiş ise 2048 yılında emeklilik yaşını 65 olarak sabitleyecektir. Ancak burada emeklilik yaşı 5 yıl artacak olsa bile emeklilikte geride kalan ömür açısından değerlendirildiğinde teorik olarak günümüzün 60 yaş erkekleri, 2048 yılının 65 yaşındaki erkeklerinden daha az beklenen ömre sahiptir (2016 yılı 60 yaş 17,6; 2048 yılı 65 yaş için 17,7 yıl). Bu da kademeli geçişin aslında var olan emeklilikte beklenen yaşam süresini yalnızca korumakta olduğunu göstermektedir. Tüm yaş gruplarında beklenen yaşam süreleri kıyaslandığında, ortalama emeklilik yaşı açısından, kadınlarda 58 – erkeklerde 60 yaş şartına göre ve kademeli geçişin sonlandığı 2048 yılında 65 yaş şartı için beklenen yaşam süresi OECD ülkelerinin ortalamasının üzerinde kalmaktadır. Örneğin emeklilik yaşının 65 olduğu Belçika’da erkekler için 65 yaşın yaşam beklentisi 17,6 yıldır ve bu değer aynı şekilde emeklilik yaşının 65 olduğu ve kademeli olarak 2029 yılında 67 olacağı Almanya’da 17,8 yıldır. Emeklilik yaşının 65 olacağı 2048 yılında Türkiye için erkeklerde 65 yaş için beklenen yaşam süresi 17,7 yıl olarak değerlendirildiğinde bu sürenin dahi gelişmiş ülkeler düzeyinin üzerinde olduğu görülmektedir (Aydın, 2014:63).

Sonuç olarak yaşlanma ile birlikte sosyal güvenlik harcamalarının buna paralel olarak artması beklenmekte; ilerleyen dönemlerde bu harcamaların gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içerisindeki payının daha belirgin hale gelmesi beklenmektedir. Türkiye genç bir ülke olmasına rağmen diğer ülkeler ile kıyaslandığında yüksek emeklilik harcamaları ile dikkat çekmektedir. Grafik ülke örnekleri ile Türkiye’nin durumunu göstermektedir.

Grafik 5: Kamu Emeklilik Harcamaları/GSYH ve 65+/Toplam Nüfus



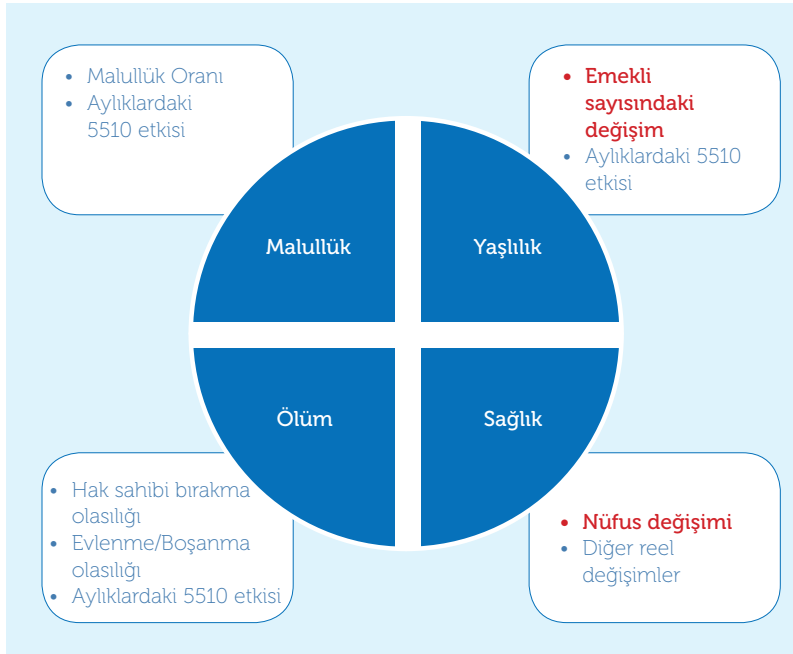
Kaynak: OECD, Pensions at a Glance, 2015

Grafikte dikkat çeken nokta Türkiye için her iki bar arasındaki farkın diğer ülkeler ile kıyaslandığında daha dar olmasıdır. Örnek ile açıklanacak olursa Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun nispeti %8 iken emeklilik harcamalarının GSYH içindeki payı %6,3’tür. Almanya’da ise 65 yaş üstü nüfusun toplam içindeki nispeti %20,8 olmasına rağmen harcamaların GSYH içindeki payı %10’dur.

Yaşlanma ve Sağlık Harcamalarına Etkisi

Emeklilik sistemindeki pek çok parametrenin harcamalara etkisinin olmasına karşılık, sağlık sisteminde de sağlık hizmetlerine erişimin artması, bu alandaki teknolojinin hızla gelişmesi ve tıbbi üretim maliyetlerinin artması gibi pek çok etken harcamaları artırmakla birlikte bu duruma en çok etki eden değişken nüfus yapısındaki değişimdir. Yapılan projeksiyonlarda yaşlanmanın etkisinin tüm sigorta kollarında gözlenmesine rağmen yaşlanmanın en fazla etkiyi sağlık harcamalarında gösterdiği tespit edilmektedir. Aşağıda yer alan şekil sosyal güvenliğin bileşenlerini ve üçüncü bölümde açıklanacak olan projeksiyonun önemli başlıklarını içermektedir.

Şekil 2: Sosyal Güvenliğin Bileşenleri



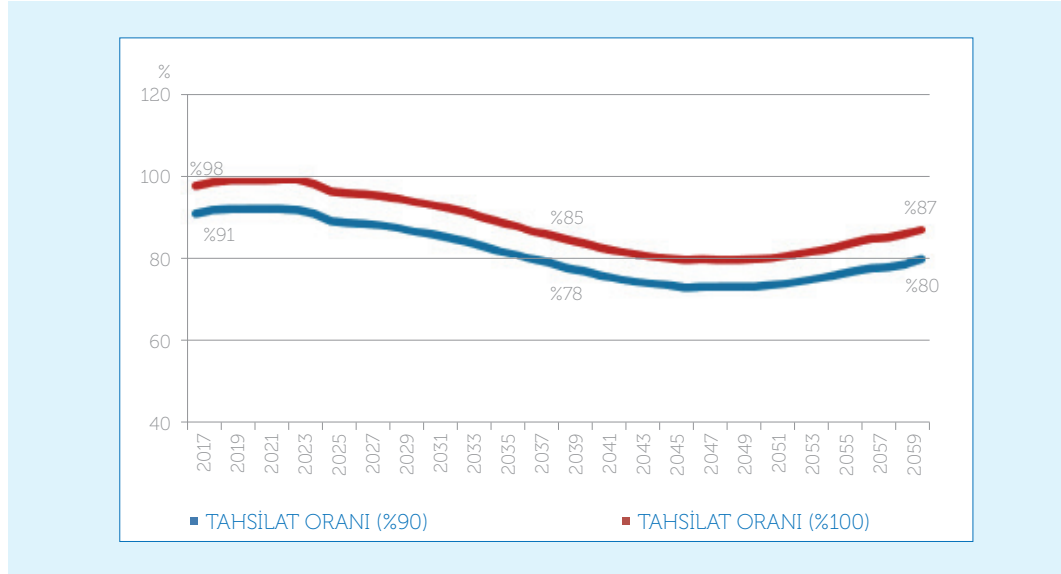
Kaynak: 2016-2060 Projeksiyonu

UZUN DÖNEMLİ PROJEKSİYONDA YAŞLANMANIN GÖRÜNÜMÜ

Projeksiyon mevcut istihdam göstergelerinin devam ettiği varsayımıyla hesaplanmıştır. Yaş değişimi Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) nüfus projeksiyonuyla hesaplamalara yansıtılmıştır. TÜFE tahmininde Orta Vadeli Program (OVP) verileri kullanılmış, 2040 yılına kadar da Avrupa Birliği ortalamasına (%2,3) yakınsayacak şekilde interpolasyon yapılmıştır. 2040'tan sonra da bu değer sabit kabul edilmiştir. Büyüme tahmininde OVP rakamları ve sonrasında 2030 yılına kadar OECD tahmini (%4,4), sonrası için de 2004-2008 yılları arası AB ortalaması (%2,14) kullanılmıştır.

2030'lu yılların sonuna kadar demografik açıdan önemli bir fırsat dönemi olmasına rağmen karşılama oranları 2040'lı yılların sonuna kadar azalmaktadır. Bunun nedeni sağlık harcamaları ve emekli sayılarındaki artıştan kaynaklanmaktadır. 2050'li yıllardan sonra reformun etkisiyle karşılama oranları bir ölçüde iyileşmektedir. Her ne kadar iyileşme olsa da emeklilik reformlarıyla öngörülen kademeli geçiş beklenen ömürdeki artış ile birlikte değerlendirildiğinde emekli giderlerindeki düşüşler sınırlı kalmaktadır.

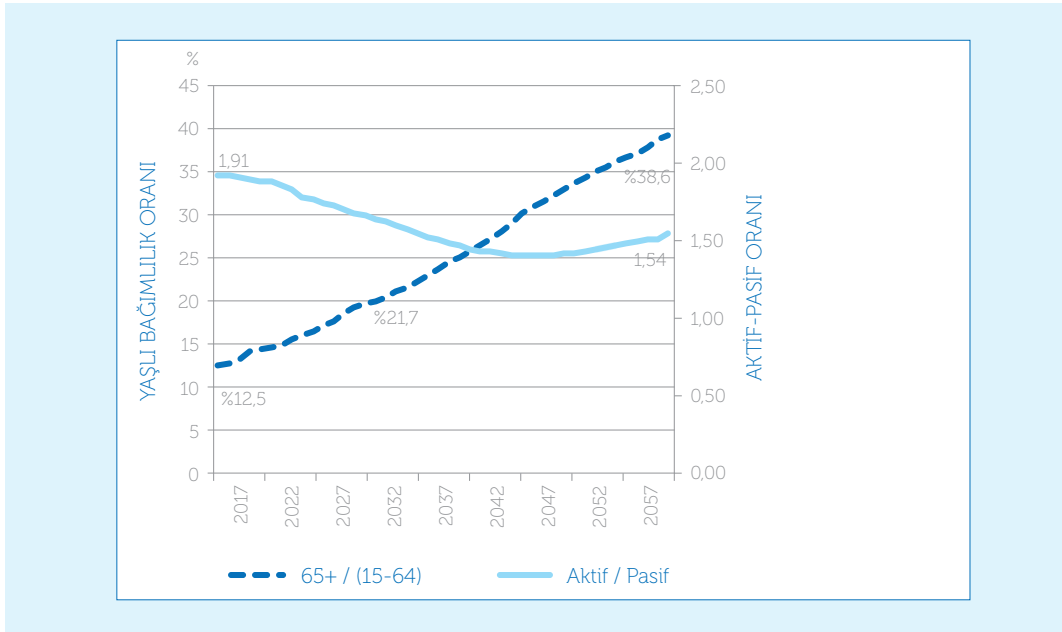
Grafik 6: Farklı Tahsilat Oranlarına Göre Karşılama Oranları (Prim Gelirleri/Prim Giderleri)



Not: Makroekonomik değişkenlerin sabit kalacağı varsayımı altında yapılmıştır.

Yaşlı bağımlı oranındaki artış, aktif pasif oranındaki azalmanın nedenlerindendir. İlerleyen yıllarda (2044 yılından itibaren) reformun etkisi ile emekli sayılarındaki azalmanın aktif pasif oranında belirli oranda bir artışa sebep olacağı tahmin edilmektedir.

Grafik 7: Aktif-Pasif Oranı



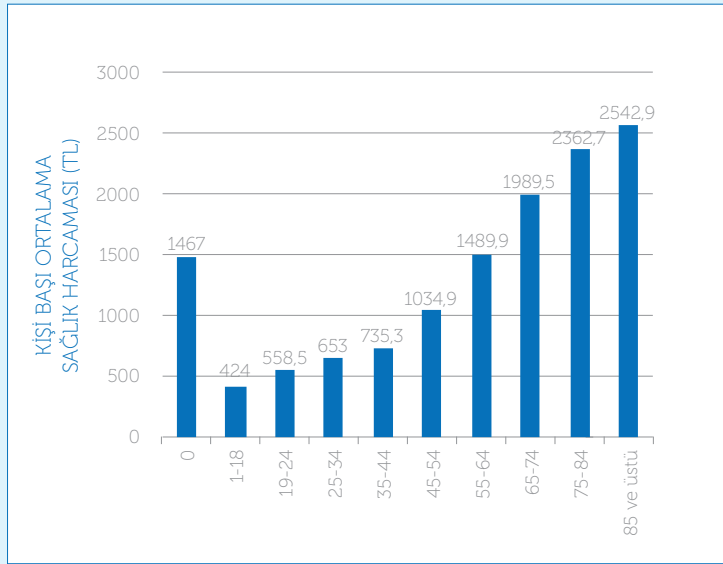
Kaynak: 2016-2060 Projeksiyonu

Yaşlanmanın sağlık harcamalarına etkisini belirlemede kullanılacak en önemli araç yaşlara göre sağlık harcamalarıdır. Kişi başı ortalama sağlık harcaması yaşlı nüfusta, orta yaş nüfus ve genç nüfusa göre çok daha yüksektir. Aşağıdaki Tablo 3 ve Grafik 8'de yaş gruplarına göre sağlık harcamaları bulunmaktadır. Burada 0 yaş grubunun kişi başı ortalama sağlık harcamasının yüksek olması ise bu yaş grubunda müracaat sayısının fazla olması ve uygulanan tedavilerin maliyetlerinin yüksek olması sonucu normal karşılanan bir durumdur.

Tablo 3: Yaş Gruplarına Göre Kişi Başı Sağlık Harcamaları, Tahakkuk Bazlı

2016 Yılı Sağlık Harcaması		
Yaş Aralığı	Kişi Başı Ortalama Sağlık Harcaması	1-18 Yaş Aralığı %100 Kabul Edildiğinde Ortalama Sağlık Harcaması
0	1467,0	%346
1-18	424,0	%100
19-24	558,5	%132
25-34	653,0	%154
35-44	735,3	%173
45-54	1034,9	%244
55-64	1489,9	%351
65-74	1989,5	%469
75-84	2362,7	%557
85 ve üstü	2542,9	%600

Kaynak: SGK Medula Verileri

Grafik 8: Yaş Gruplarına Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması

Yaşlanmanın sağlık harcamaları üzerindeki etkisini göstermek için bir çarpıcı örnek de toplam harcamalar içinde yaşlı nüfusun sahip olduğu sağlık harcamalarıdır. Bunun için toplam sağlık hizmet sunucusu müracaatları içinde yaş gruplarının müracaat oranları ve toplam fatura tutarları içinde yine aynı yaş gruplarının oranlarının bilinmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmaya göre bu değerler Tablo 4'te verilmiş ve bu değerler üzerinden hesaplanan yeni bir oran yoluyla karşılaştırmaya gidilmiştir.

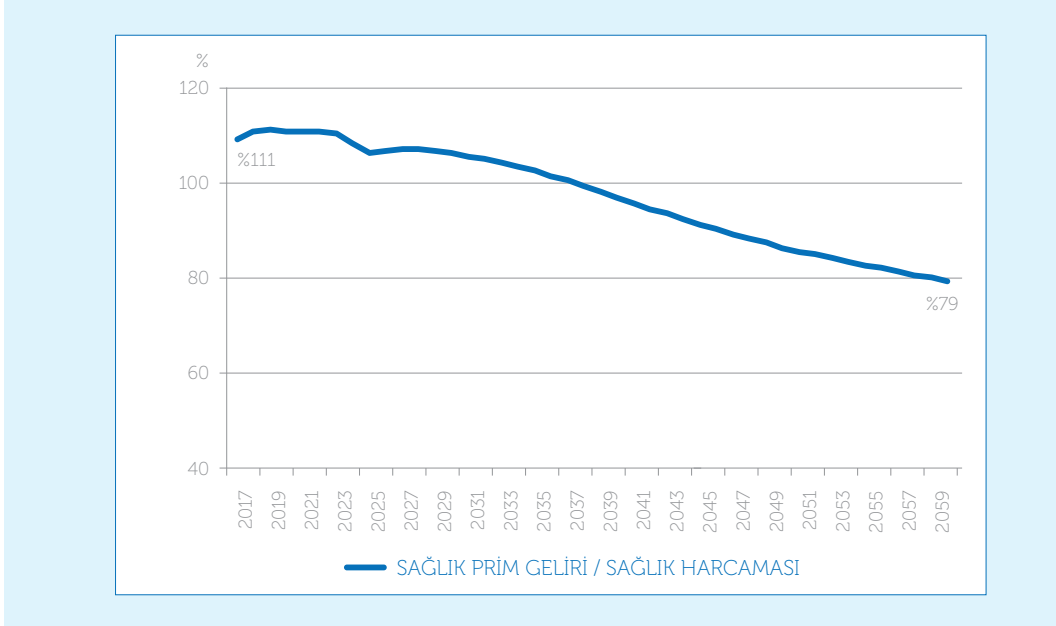
Tablo 4: Yaş Gruplarına Göre Fatura Tutarlarının Oranları

Yaş	Yaş Gruplarının Kişi Sayılarının Toplam Kişi Sayısına Oranı (A) (%)	Yaş Gruplarının Fatura Tutarlarının Toplam Fatura Tutarına Oranı (B) (%)	A/B
0	2	3	0,7
1-18	28	13	1,7
19-24	9	6	1,3
25-34	15	11	1,4
35-44	14	12	1,2
45-54	11	13	1,0
55-64	9	16	0,8
65-74	6	14	0,6
75-84	3	9	0,6
85 ve üstü	1	3	0,3

Kaynak: SGK Medula Verileri

Tablo incelendiğinde kişi sayıları bakımından sağlık harcaması yapılan en yoğun grup 1-18 yaş grubu, en az yoğun gruplar ise 65 yaş ve üstü gruplardır. Söz konusu oranlar bu gruplara yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı ile birlikte değerlendirildiğinde, yaşlı nüfusun sağlık harcaması bakımından yükünün daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. 44 yaş ve altı gruplarda sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı, kişi sayısının toplam kişi sayısı içindeki oranından daha düşük olmakta; 45 yaş ve üstü gruplarda ise bu durum tersine oluşmaktadır.

Tabloda son sütun incelendiğinde, hesaplanan oranlar küçüldükçe ilgili yaş grubunun sağlık harcaması bakımından yükünün arttığı söylenebilir. Örneğin 1-18 yaş grubundaki kişi sayısının toplam kişi sayısı içindeki oranı %28 iken, bu yaş grubuna yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranı %13'tür. Karşılık olarak 75-84 yaş grubundaki kişi sayısının toplam kişi sayısı içindeki oranı %3 iken, bu yaş grubuna yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranı, kişi sayısı oranından çok daha fazla gerçekleşerek, %13'tür. Bu kapsamda son sütun yorumlandığında ilgili oran 1-18 yaş grubu için 1,7; 75-84 yaş grubu için ise 0,6 olarak hesaplanmıştır. 85 yaş üstü kesimde ise en düşük oran olarak gözlenen 0,3 değeri bulunmaktadır.

Grafik 9: GSS Primlerinin Karşılama Oranı

Kaynak: 2016-2060 Projeksiyonu

SONUÇ

Yaşlanma sosyal güvenlik sistemleri için her zaman bir risk unsuru olmuştur. Bu riskle başa çıkabilmek adına ülkeler dönemsel ayarlamalar yaparak sistemin dinamiklerinde değişikliğe gitmiş, bu risk unsurunu en az zarar ile bertaraf etmeye çalışmışlardır. Türkiye’de de belli dönemlerde bu düzenlemeler kendini göstermiştir. Özellikle 5510 sayılı Kanun ile getirilen kademeli emeklilik yaşı, yukarda da anlatıldığı üzere yaşlanmanın sistem üzerine getireceği yükü hafifletmeyi amaçlamıştır. Yapılan projeksiyonlarda da emeklilik sisteminde bunun başarılı sonuçlar vereceği gözlenmektedir. Ancak tüm sosyal güvenlik sistemi düşünüldüğünde karşılama oranları ışığında (Grafik 6) büyük resmin bir süre daha iyi olmadığı görülmektedir. Bunun altında yatan neden ise yaşlanmanın sağlık harcamalarındaki etkisidir. Çalışmalar sağlık prim gelirlerinin sağlık harcamalarını karşılama oranlarının sürekli azalışta olacağını göstermektedir ■

KAYNAKLAR

Aydın, O. (2014). Türkiye Emeklilik Sistemi İçin Yapısal Reform Önerisi: Tanımlanmış Katkı Modeline Geçiş ve Sanal Hesaplar Üzerine Bir Uygulama. Sosyal Güvenlik Kurumu, Yayınlanmamış Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi, Ankara.

2016-2060 Projeksiyonu.

SGK Medula Verileri ve Kurum İstatistikleri.





OTURUM I

YAŞAM BOYU SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞLANMA KÜLTÜRÜ

OTURUM BAŞKANI

İbrahim Barbaros Akçakaya, T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü

KONUŞMACILAR

> Yaşlanma ve Modern Toplum: Küreselleşme, Kentleşme ve Dijital Yaşam

Prof. Dr. Aylin Görgün Baran
Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

> Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Emine Özmete
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü, YAŞAM Müdürü

> Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı: Sağlıklı Yaşlanma Perspektifi ile Bir Değerlendirme

Prof. Dr. Seçil Özkan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

> Obezite: Sağlıklı Beslenme Kültürü ve Fiziksel Aktivite

Doç. Dr. Alev Keser
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü



GELENEKSEL ANLAMDA
SON DERECE SAYGIN BİR
KONUMA SAHİP OLAN
YAŞLILAR, MODERN
YAŞAMDA ONLARA
DUYULAN İHTİYACIN
AZALMASIYLA BİRLİKTE
SAYGINLIKLARINI
YİTİRMeye BAŞLAMİŞTİR.

YAŞLANMA VE MODERN TOPLUM: KÜRESELLEŞME, KENTLEŞME VE DİJİTAL YAŞAM



Prof. Dr. Aylin Görgün Baran
Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

GİRİŞ

Modern toplumun en büyük özelliklerinden biri yaşlı nüfus oranında görülen hızlı artıştır. Çağımızın temel sorunları arasında yer alan yaşlı nüfustaki artış, yaşlanmaya ilişkin başka sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu durum ileri endüstrileşmiş toplumlarda gelişmekte olan ülkelere göre daha belirgin seviyede yaşanmaktadır. Yaşlı nüfus artışının temel nedenleri arasında ülkelerin görece refah düzeylerinin artmasını, sağlık alanında farmakolojik ve medikal teknolojilerin gelişimini, bireylerin sağlıklı yaşama konusundaki bilinç düzeylerinin yaşlanmadan önce artmasını ve yeni iletişim ve ulaşım teknolojilerinin gelişimini saymak mümkündür.

Kıtasal bir perspektife göre, Avrupa Birliği Yaşam Destekli Ortak Programı (AAL) Avrupa'da 1920'de 55 olan ortalama yaşam süresinin bugün 80'e çıktığını belirtmektedir. 2020'de Avrupa nüfusunun dörtte biri 65 yaş ve üstü olacaktır ve 65 ve 80 yaş arası olanların oranı 2010 ve 2030 arasında Avrupa nüfusunun yaklaşık %40'ına ulaşacaktır. Yaşlanan bir nüfus bir ülkenin ekonomik, demografik, sosyal ve teknolojik yapılarında değişim anlamına gelmektedir (Abad, 2014).

TÜİK'in 2017 verilerine göre, Türkiye'de yaşlı nüfus oranı 2016 yılında %8,3 olmuştur. Türkiye'de de yaşam süresinde uzama olmuştur. Özellikle kadınlar erkeklere göre daha uzun süre yaşama şansına sahiptirler. Yaşam süresi kadınlarda 80, erkeklerde ise 78 olarak tespit edilmiştir. Bunun nedenleri arasında Türkiye'de son 10 yılda sağlık uygulamaları ve medikal uygulamalar alanlarındaki gelişmelerin sıçrama yapması gösterilmektedir. Dolayısıyla yaşam koşullarının görece olarak iyileşmesi, tıp ve medikal alanda modern teknolojik uygulamaların artması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, spor imkanlarına ulaşma bakımından yaşanan gelişmeler yaşam süresinin uzamasına etki eden etmenler arasında bulunmaktadır.

Yaşlı nüfusunun giderek artmasıyla birlikte modern ve dijital kültürün etkisinin ne olacağı konusu önemlidir. Bu çalışmada, modern yaşam ve küreselleşme sürecindeki gelişmelerin yaşlıların yaşamını nasıl etkilediği ve değiştirdiği; yaşlı insanların ihtiyaçlarının belirlenmesinde küresel gelişmelerin nasıl bir rol oynadığı; ayrıca yaşlıların dijital araçlarla ilişkilerinin nasıl olduğu sorularına yanıt aranmakta ve bu konulara ilişkin veriler literatür taraması biçiminde derlenerek değerlendirilmektedir.

MODERNLEŞME VE KENTSEL YAŞAM

Modernleşme, ticari ve endüstriyel kapitalizmin gelişimiyle birlikte tarım üretiminden makineleşmiş üretime geçmeyi ifade eder. Geleneksel yaşamdan kopuş anlamına gelen modernleşme, sanayi toplumlarını beraberinde getirmiştir. Nüfusun önemli bir çoğunluğu kırsal alanlardan kentlere göç etmiştir. Fabrikalar, ofisler veya mağazalarda çalışarak ve yeni iş olanaklarının bulunduğu kasaba ve kentlerde yaşayarak kent kültürüne uyum sağlamaya başlamıştır. Modernliğin getirdiği dönüşümler, geleneksel toplum düzeni anlayışına yönelik değişimleri açıkça ortaya çıkarmıştır. (Harvey, 2013, s. 84; Giddens, 1994, s. 12).

Harvey'e göre (1997, s. 39) modernizm; kırdan kente göç, sanayileşme, makineleşme ve mimari yapılaşmanın yanı sıra kentin kamusal alanlarındaki politik hareketlerle kent dokusunu farklılaştırmıştır. Böylece modern kentler birer üretim merkezi olmuştur. Modern kentsel yaşamla birlikte aile yapısı giderek küçülmüş ve geniş aileden çekirdek aileye doğru bir dönüşüm yaşanmıştır. Genel olarak çocukların okula, kadınların ve erkeklerin işe ve yaşlıların huzur evlerine gönderildiği bir hayat akışı söz konusu olmuştur. Bireyselleşmenin ve sözleşmelerin önemli olduğu kent yaşamında insanların birbirini tanımaz duruma gelmesini Gofman (Giddens, 1998), "uygar insan" olarak tanımlamıştır. Fiziksel olarak yakın, ama iletişimsel olarak kapalı ilişkiler sergilenmesi anlamına gelen bu durum, kentsel yaşamda her gün tanımadığımız onlarca insanı görmezden gelmemize sebep olmaktadır.

İnsan ilişkileri son derece bireyselleşmiş ve çalışma hayatının önemi artmıştır. Modern yaşam yenilikler getirmekle birlikte toplumsal ilişkilerin nesneleşme boyutunda sorunlar da ortaya çıkarmıştır. Simmel (2003, s. 24), bunu daha çok modernleşmenin bireylerde yarattığı "kayıtsızlık" biçiminde yorumlamıştır. Dolayısıyla kentsel yaşamı toplumsal ilişkilerindeki değişim, kentin kültürel dokusunda farklılıklar getirmiştir. Bu farklılıklar çerçevesinde yaşlılar da payına düşeni almıştır. Bu kapsamda kentsel mekanların uzun zaman boyunca yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde inşa edilmediği bilinmektedir.

Sanayileşmiş modern toplumlarda bir yandan teknolojik açıdan yenilikler söz konusu olurken, diğer yandan kentin dış çeperlerinde daha dramatik, yoksul bir yaşam söz konusudur. Öte yandan kentin merkezinde de yoksullara rastlanmaktadır. Çalışabilir durumda olanların hepsinin işinin olduğu ve varlıklı olduğu söylenemez. Harvey (2013, s. 80), kentte farklı yerleşim mekanları ve heterojen bir nüfusun bulunmasının kentte yaşayan herkesin kentin tüm imkanlarından yararlandığı anlamına gelmediğinden, dolayısıyla adaletsiz bir durumun yaşandığından söz etmektedir. Modern yaşam ekonomik anlamda çalışma ile özdeşleştirilmiştir. Çünkü sanayi toplumlarında başarılı olmak ve para kazanmak modern yaşamın temel değeri haline gelmiştir. Dolayısıyla geleneksel yaşam önemini yitirmiş, bireyler de geleneksel bağlarından büyük ölçüde kopmuşlardır. Makineleşmeye bağlı yeni meslekler gelişmiş ve bu meslekler için yeni eğitim müfredatlarına ihtiyaç duyulmuş; mühendislik alanı ön plana çıkarak "teknokrat" unvanı önemli hale gelmiştir. Hukuki anlamda bu gelişmeler dikkate alınarak hem iş kanununda hem yaşamsal alanda düzenlemeler getirilmiştir. Aydınlanmanın laiklik anlayışı din kurumuna da değişiklikler getirmiş ve herkesin kendi dini inançlarından bireysel olarak sorumlu olduğu vurgulanmaya başlanmıştır. Kısaca anlatılanlardan anlaşılacağı üzere yaşlı bireyler de kentsel yaşamın bu hızlı döngüsüne katılmıştır. Geleneksel anlamda son derece saygın bir konuma sahip olan yaşlılar, modern yaşamda onlara duyulan ihtiyacın azalmasıyla birlikte saygınlıklarını yitirmeye başlamıştır. Yaşlılar, çalışma imkanları olmaması nedeniyle, toplum ve devlet nezdinde tüketici olarak konumlandıkları için onlara yönelik yatırımlara da gereken öncelik verilmemiştir. 20. yüzyılın sonlarında bu konuda araştırmaların artması ve yaşlıların sorunlarına ilişkin tespitlerin ortaya konulmasıyla birlikte yaşlının bir birey ve vatandaş olduğu vurgulanmaya başlanmış ve kısmi de olsa yatırımlar konusu gündeme alınmıştır.

Modern ülkelerde ulus-devlet anlayışı çerçevesinde sosyal devlet anlayışı kapsamında yaşlılar için uygulanan sosyal politikalara yönelik harcamalar devlete yük olmaya başlayınca ülkeler refah devleti anlayışından uzaklaşmaya başlamıştır. Devlet, neo-liberal politikalar dediğimiz, sermayenin yararna olacak biçimde piyasanın serbestliğini sağlayacak koşulların

yaratılması anlayışıyla bireylerin kendi geleceğini güvence altına almasından sorumlu, mikro ölçekli önlemlerle sorunu çözme yoluna gitmiştir. Özellikle 1979 petrol krizinden kaynaklanan sorunlar arttıkça, Batı'da 1980'lerde Regan ve Thatcher başta olmak üzere gelişmekte olan ülkelerin uygulamaya koyduğu neo-liberal politikalar, küreselleşme sürecini tetikleyen bir etken yaratmıştır (Önder, İ., 2014, s. 44-45, Giddens, 2000, s.23-25; Korkmaz, 2014, s.198). Neo-liberal politikaların uygulanmasının hız kazandığı küreselleşme sürecinde yaşlılığın ekonomi-politik gelişmelerden bağımsız olmadığı görülmüştür. Hükümetler yaşlı bakım ve harcamalarında aileyi ön planda tutan bir politika izlemeye başlamıştır. Mikro bakışlı aile politikaları aracılığı ile yaşlının bakımı evde ve kadın üzerinden görülmeye başlanmıştır.

20. yüzyılın son çeyreğinde başlayan hızlı teknolojik gelişmeler neticesinde ortaya çıkan yeni iletişim teknolojileri, zaman-mekân sıkışmasına yol açarak mesafeleri ortadan kaldırmıştır (Harvey, 1997, s. 228). Öte yandan zaman ve mekanın yeniden örgütlenmesi ile kapitalizmin yaşadığı kriz atlatılmaya çalışılmış ve bu çabalar küresel gelişmeleri beraberinde getirmiştir (Urry, 1999, s. 39.) Tüm bu gelişmeler toplumun farklı şekillerde adlandırılmasına neden olmuştur. Örneğin, sanayi sonrası enformasyon toplumu (Bell), post modern toplum (Lyotard), risk toplumu (Beck), tüketim toplumu (Baudrillard), akışkan toplum (Bauman), bireyler toplumu (Elias), korku toplumu (Frudî), gözetim toplumu (Foucault, Lyon), hız çağı (Virillio), ağ toplumu (Castells) ve dijital toplum (Van Djik) terimlerini birbiri yerine kullanabilmektedir. Günümüz toplumları çok hızlı bir akışkanlıktan ve değişimden geçtiği için her bir terim, bugün geç kapitalist toplumu simgeleyen adlandırmalar olarak kabul edilmektedir. Artık 150-200 yıl önceki toplumlarda değil, dijital araçlarla hız kazanmış bir toplumda yaşıyoruz ve bu hız, bizleri yaşam sürecinde çok farklı ve anlık değişim ve dönüşümler içerisinde bırakmaktadır.

KÜRESELLEŞME VE YAŞLANMA

Bu küresel gelişmeler ve sonuçlar dünyada giderek artan yaşlı nüfusun sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Önceleri yaşlıların bakım merkezlerinde ve huzurevlerinde barınma ve bakımları istenilirken şimdi artık ailelerin sorumlu tutulduğu bir konuma gelinmiştir. Dünya yaşlı nüfusunun artışı, yaşlanmanın küresel bir sorun haline gelmesine yol açmış ve ulus ötesi kurum ve toplulukları etkilemiştir. Bu noktada yaşlıların yaşadıkları sorunların ne olduğuna ilişkin küresel ve yerel düzeyde yapılan araştırmalarla çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu yoğun çabalar hükümetlerin politika oluşturmalarını getirmiş ve gelişmiş ülkeler makro uygulamalar yerine mikro politikalara yönelmeye başlamıştır. Gelişmeler karşısında yaşlı ve yaşlanmayla ilgili olarak yeni bilim dalları olan Gerontoloji, Sosyal Gerontoloji, Yaş-

lanma/Yaşlılık Sosyolojisi, Yaşlı Psikolojisi ve Yaşlanma Ekonomisi, Yaşlanma Antropolojisi gibi alanlar önem kazanmıştır.

Bu kapsamda küreselleşmenin gelişimiyle birlikte ortaya çıkan toplum sorunlarının neler olduğu sorusu bizi yaşlılığı sosyal, ekonomik ve kültürel süreçlerden bağımsız olarak inceleyemeyeceğimiz sonucuna götürmektedir. Özellikle küreselleşmenin yaşlılar için yarattığı temel sorunun yoksulluk olduğu ve yaşlıların en temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumunda kaldıkları ileri sürülmektedir (Kalınkara, 2011, s. 204). Bu durumun yarattığı dışlanma, eşitsizlik ve damgalanma olguları da geç kapitalist dönemde modern dönemden devralınan sorunlar olarak varlığını sürdürmektedir.

Yaşlanma konusunda küresel kurumların formüle ettiği çözümler ile ulus devlete dayalı çözümler ve endişeler arasında giderek büyüyen bir gerilim söz konusu olmuş ve nüfusun yaşlanmasının sosyal tarihinde önemli bir aşama kaydedilmiştir. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkeler, gençlerin egemen olduğu bir yapıdan yaşlıların oluşturduğu bir yapıya doğru evrilmiştir. Özellikle gelişmiş geç kapitalist dönemdeki toplumlarda doğurganlık oranının düşmesi bir anlamda normal karşılanırken, azgelişmiş ülkelerde ise beklenmedik biçimde doğurganlık oranının düşmesi son yirmi yılın en şaşırtıcı demografik değişimi olarak nitelenmektedir (Yazıcı, 2014, s. 135-136). Kung'un (Akt. Yazıcı, 2014, s. 136; Powell, 2014) vurguladığı üzere, günümüzde en hızlı yaş artışının görüldüğü ülkeler az gelişmiş ülkelerdir. Örneğin 2006 ile 2030 yılları arasında yapılan projeksiyonda azgelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranının %140'lık bir artış göstereceği tahmin edilirken, bu oranın gelişmiş ülkelerde %51 düzeyinde olacağı ön görülmektedir. Böylece bazı az gelişmiş ülkeler, Batıdaki yaşlı toplumların deneyimlerini karakterize eden ekonomik büyüme olmaksızın nesiller arasında sosyal destek ve kaynakların tahsisi gibi sorunlar ile yüzleşmeye zorlanacaklardır. Bu demektir ki, bazı ülkeler zengin olmadan yaşlı olacaklardır (Powell, 2014; Powell ve diğerleri, 2013).

Öte yandan gelişmiş ülkelerde yaşlılık oranı kuşaklar açısından da üst üste bir durum oluşturmaktadır. Buna "yaşlanma sıkışıklığı" adını veren Powell (2014), kurumların acil olarak yeni yaş yapısını düzenlemeleri gerektiğini belirtmektedir. Buna örnek olarak Fransa'yı vermek ve Fransa'da bir asırdan fazla süren demografik yaşlanma sürecinin Brezilya'da iki on yılda gerçekleştiğini ifade etmektedir.

Ulus-devletlerin ulus aşırı aktörler tarafından etkilenmesi olarak değerlendirilen küreselleşme, nüfusun yaşlanmasına verilen yanıtların şekillenmesinde etkili bir baskı unsuru olmuştur. Yaşlanmanın kendisi yaşlı insanlar için yeni koşullar ve ortamlar yaratılarak sınır ötesi

güçler ve uluslararası kuruluşlar (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu) tarafından ulus aşırı bir bağlama yerleştirilmektedir. Artık yaşlanma ulusal bir sorun olarak değil, ulusaşırı kurumları ve toplulukları etkileyen bir sorun olarak görülmektedir. Yaşlanmaya ait yerel ve ulusal açıklamalar, devletlerin kendi kaderini kontrol edebildikleri bir dünyada anlamlıydı. Modern toplumlarda, sosyal politikaların eşitsizlikleri gidermek amacı ile belirlendiği ve vatandaşlığın hala önemli bir ulusal mesele olduğu görüşü güçlüydü. Ama küreselleşmenin farklı boyutları ile büyük oranda harekete geçen bu alanların her birini etkileyen kriz, artık 21. yüzyılda “küresel yaşlanmanın” anlaşılmasının önünde akut sorunlar oluşturmaya başlamıştır (Powell, 2014; Phillipson, 2003).

Beck, (2011, s. 29-31), risk toplumu olarak nitelediği geç modernitede, küresel gelişmeler karşısında hakların daha katmanlı ve bireyselleşmiş olduğunu iddia etmektedir. Ona göre, küresel dönemde yaşlanma ile bağlantılı olarak ortaya çıkan risklerde kesinlikle değişiklik olmamıştır. Örneğin yoksulluk tehlikesi, uzun süreli bakım ihtiyacı, ciddi hastalık eğilimi ve zararlı-zehirli maddelere maruz kalma gibi sorunlar devam etmektedir. Bu bağlamda sanayi toplumu, yarattığı risklerin ekonomik sömürsü üzerinden risk toplumunun tehlike durumlarını ve siyasi potansiyelini üretme konumunu sürdürmektedir. Bauman’a göre ise (2017, s. 50-51) daha geniş bir bağlamda toplum, modernitenin akışkanlığı çerçevesinde kurum ve ilişkilerin değişimini getirmiştir. Bu durumda değişen sorunlar ile mücadele etme görevi ve gerekliliği hükümetlerden alınarak, tekil düzeyde ailelere (özellikle kadın bakıcılara) ve tekil yaşlılara (özellikle yaşlılıkta finans konusu ile ilgili olarak) aktarılmıştır. Sorumluluklar böylece bireyin omuzlarına bırakılmıştır. Bu amaçla yaşlanmaya dair yeni sosyal yapılanma ve paradoks bir taraftan yaşlanmayı küresel bir olgu olarak ele almakta; öte taraftan yaşam seyrinde karşılaşılan risklerin bireyselleştirilmesine odaklanmaktadır. Bu, neo-liberal politikaların devreye alınması anlamına gelmektedir. Bu saptama, makro ve mikro perspektifleri bir araya getiren sosyal politika kadar küreselleşmenin yaşlanma ile ilgili deneyim ve kurumları yeniden şekillendirdiğini anlamak için gerekli yeni yaklaşımlarla birlikte Gerontoloji’nin ve Sosyal Gerontolojinin önemli bir role sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

YAŞLANMA VE DİJİTAL YAŞAM

Tüm bu teknolojik ve küresel gelişmeler karşısında geleceğin toplumunun dijital toplum olacağı ifade edilmekte ve erişim sahibi olmayanların yalnız kalacakları bildirilmektedir. Öyle ki, kültürel alanda erişim sahibi olmayanların dijital kültürün sunduğu harika uygulamalardan ve ifade türlerinden faydalanamayacakları vurgulanmaktadır. Bu anlamda vatandaşın kamusal katılımı da (sosyal yardımlara, az bulunan kamusal kaynaklara ve gelecekteki elektronik aletlere erişimleri) etkilenmiş olmaktadır (Van Dijk, 2016, s. 274).

Biraz önce küreselleşme ve yaşlanma kısmında ağ toplumundan ve dijital toplumdan söz ettik. Bu konuda McLuhan'ın geliştirdiği bir ifadeyi aktarmak gerekirse; McLuhan (Özkök, 1985, s. 156), "mekanik dönemde bedenimizin bizi götürdüğü yere kadar gidebiliyorduk. Ancak elektronik dönemde vücudumuzu saran sinir sistemimiz dünyanın üzerini bir ağ gibi örtmüş durumdadır." demektedir. Artık zaman-mekan mefhumu önemini yitirmiş ve dünya giderek küçülen küresel bir köy haline gelmiştir. Bu durum, zaman-mekan mesafesini ortadan kaldırarak, bulunduğumuz yerden aynı anda her tür bilgiye ulaşma imkanını bizlere kolaylıkla sunmuştur. İnsanların ilişki ve eylem gücünü belirleyen unsurun kullanmış olduğu araçlardan kaynaklandığını ileri süren McLuhan, zamanın ve mekanın sıkıştırarak yarattığı bu hız ve görselleştirme sayesinde uzakların yakınımıza taşınmış olduğunu söylemektedir. (McLuhan&Povers, 2001, s.10),

Nedir bu dijital toplum ya da kültür? Dijital toplum kavramı, ağ toplumu kavramıyla eş anlama sahip olmakta birlikte yeni medya dediğimiz araçların varlığı ve bunların kullanımı ile ilgilidir. Bu anlamda dijitalleşme her şeyin 1'ler ve 0'ların oluşturduğu dizilere, aynı ayrı bitlere dönüştürülmesidir. Dijital toplumun sahip olduğu olanakların kullanımının yarattığı pratikler ise dijital kültür anlamına gelmektedir. Dijital kültür yeni bir şey değildir. Tüm üretilen teknolojik ürünlerin dijital kültürle bağlantısı vardır. Ancak günümüzdeki farklılık bunun yeni medya araçlarını ve uygulamalarını ifade etmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir ifade ile dijital; bilgisayar, cep telefonu, internet ve diğer dijital medyayı ve bunu kullananların açığa çıkardığı pratikleri nitelemekle birlikte ayrıca dijitalin biraz önce ifade edildiği gibi dizilerin oluşturduğu aynı ayrı bitlere tekabül ettiğini de hatırdan çıkarmamak gerekir (Van Dijk, 2016, s. 293). Bu açıklamalara göre dijitalleşme yalnızca teknolojik iletişim araçlarına ve olanaklarına sahip olmakla ilgili olmayıp, aynı zamanda giderek bölünebilme, küçülebilme ve otomatik olarak kullanıma elverişli olma, hızlı işlem yapma ve yalnızca kullanıcının dokunuşlarıyla hareketlilik kazanma ile de yakından ilişkilidir.

Bu bağlamda Van Dijk'ın (2016, s.297-300) belirttiği gibi hızlı bilgisayar, hızlı modemler, hızlı hatlar ve hızlı programlar dijital dünyanın sihirli kavramları haline gelmiştir. Dolayısıyla dijital kültür aynı zamanda hız kültürü ve görselleştirme olarak da okunmaktadır. İletişim ve dil öylesine hızlı hale gelmiştir ki, aynı anda hem mesaj alıp-gönderme hem de telefonla konuşma ya da sesli mesaj bırakma, facebook, twitter ve e-posta ile plansız yanıtlar verme olanağına sahip olabiliyoruz. Çoklu bir medya kullanımı ile karşı karşıyayız. Bütün gündelik yaşantımıza ait pratikleri internet aracılığı ile çoklu medya kullanarak gerçekleştirmemiz artık hayal olmanın ötesine geçmiştir. Örneğin, banka işlemleri, gıda ve yemek tüketimleri, her türlü kara, hava, deniz ulaşımı için bilet satın alma, tüm tüketim ürünlerinin satın alınması ve serbest zaman etkinliği olarak dijital oyunlar yaşantımızın içerisinde. Bulun-

duğumuz yerden her şeye ulaşma imkanına sahip olduk ama bilgisayara sahip olanlar ve kullananlar açısından bir uçurumun söz konusu olması da düşündürücüdür.

Bu kapsamda TÜİK (2017)'nin açıklamaları kapsamında Dünya Dijital Raporunun 2015-2016 Nisan ayını kapsayan verilerine göre, dünyada internete bağlanan 3.419 milyar kişi bulunmaktadır. Sosyal medyayı aktif kullananların sayısı 2.307 milyardır. Mobil cihaz kullanıcısı 3.790 milyar, mobil cihaz üzerinden sosyal medyayı kullananların sayısı ise 1.968 milyardır. Öte yandan Avrupa Dijital Gündem 2011 Yılı göstergelerine göre, düzenli internet kullanımı oranları, 16-24 yaş aralığında %90, 55-64 yaş aralığında %46'dır. 64-74 aralığındaki yaşlılarda ise bu oran %25 olmuştur (Abad, 2014).

TÜİK'in 2017 verilerine göre, Türkiye'de bu oranlar; genel nüfus için bilgisayar kullanıcısı %54, internet kullanıcısı %61,2'dir. Bu oran erkeklerde bilgisayar kullanımında %64, internet kullanımında ise %70,5 olmuştur. Kadınlarda ise bilgisayar kullanımı %45,9, internet kullanımı ise %51,9'dur. Yaşlıların (65-74 yaş) internet kullanma oranı %5,6'dır. Bu oran yaşlı erkeklerde %8,8, yaşlı kadınlarda %2,8 olmuştur. Yaşlı kadın nüfusu daha fazla olmasına rağmen internet kullanım oranı erkek yaşlılara göre çok düşüktür. Bunun eğitim düzeyi, meslek sahibi olma durumu, gelir düzeyi, yetiştirilme tarzı gibi nedenlerle ilgili olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de yaşlılar üzerine dijital oyunlarla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak serbest zamanı değerlendirmek açısından TV izleme konusunda yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. DPT'nin hazırladığı 2007 Ulusal Yaşlı Eylem Planında ise yaşlıların ileri teknolojileri (yeni medyayı) kullanma ve öğrenmeleri için kursların düzenlenmesi ve gereken kolaylığın sağlanması için gerekli politikaların oluşturulması üzerinde durulmaktadır.

Avrupa Ülkelerinde gençlerle yaşlılar arasında bilgisayar ve internet kullanımı arasındaki fark "dijital uçurum" olarak değerlendirilmektedir. Avrupa'da 64 yaş ve üzeri yaşlılar arasında bile nesiller arası dijital uçurumun varlığından söz edilmektedir (Powell ve diğerleri, 2013).

2010'da Avrupa Komisyonu tarafından kabul edilen 55 yaş ve üstünü hedef alan "Büyükbaba, Büyükanne ve Torunlar" başlıklı projede yaşlıların bilgi teknolojilerini kullanabilmeleri için ortaokul öğrencileriyle kaynaştırma programları geliştirilmiştir. Yaşlıların daha kaliteli bir yaşam sürmeleri ve aktif olmalarını sağlamak adına teşvik edilmeleri için küresel finansal güçlerin kaynak ayırmak istedikleri belirtilmektedir. Bu kapsamda "Bilgi Toplumunda İyi Yaşlanma" kapsamında evde yaşlanmaya devam edecekler için 600 milyon Euro tahsis edilmiştir (Abad, 2014).

Olphert ve Damodaran'ın (2013) belirttiklerine göre, yaşlıların sayısal okuryazarlığı ve bilgi toplumu ile kaynaşması için belirlenen hedeflerden biri de yaşlıların daha dolu ve katılımcı bir yaşam sürmelerine olanak veren ve yaşlıların vatandaşlıkla ilgili konulara katılımını teşvik etmek için gerekli bir araç görevi üstlenen yeterince kaliteli bir yaşamın onlara sağlanmasıdır. Yaşlıların sayısal uçurumu kapatmalarında sorun bilgisayar teknolojilerinin bu gruba nasıl ulaştırılacağı değil, yaşlıların bu teknolojiiden nasıl yararlanacakları üzerinedir.

Yine IJsselsteijn ve arkadaşları (2007), Kanada'da yayınlanan makalelerinde 2020 yılına gelindiğinde Avrupa'nın dörtte birinin 60 yaş ve üzeri olacağını belirtmekte, en büyük artışın ise ileri yaşlarda olmasının beklendiğine dikkat çekmektedirler (75 yaş ve üstü). Makalede, dijital oyunlarla ilgili 65 yaş ve üstüne ait bilginin ise çok sınırlı olduğundan söz edilmektedir (IJsselsteijn vd., 2007).

İngiltere'de BBC tarafından yapılan araştırmada ise 65 yaş ve üzeri nüfusun televizyonu izlemeyi tercih ettikleri ve interneti en az kullanan grubu oluşturdukları belirtilmektedir. Yaşlıların interneti kullanmak zorunda kaldıklarında en çok seyahat, finans, eğitim ve alışveriş amacıyla kullandıkları belirtilmekte, ancak bu oranın da çok düşük olduğu vurgulanmaktadır (IJsselsteijn vd., 2007).

İngiltere'de yapılan bir araştırmada 51-65 yaş aralığındaki katılımcıların yaklaşık %18'inin dijital oyun oynadığı, üçte ikisinin ise en fazla haftada bir defa oynadığı tespit edilmiştir. Genel olarak dijital oyunları gençlere göre daha az oynadıkları açıktır. Ancak durum, dijital oyunu oynamaya açık olmamak veya buna ilgi duymamakla ilgili değildir. Literatür, yaşlıların genel olarak yeni teknolojiyi kullanmaya açık olduğunu ileri sürmektedir. Kendilerine yeterince yararlı olduklarını düşündükleri takdirde yeni teknolojilere açık oldukları belirtilmektedir. Yaşlılar için dijital oyun yazılımları geliştirilerek yeni pazarlar oluşturulabileceğinden söz edilmektedir (IJsselsteijn vd., 2007).

Peter Millward (2003)'ün yaptığı bir başka çalışmada, internet kullanmanın yaşlı birey için ailesi ile bağlantı kurma, güzel anıları hatırlama ve tatil için araştırma yapmanın bir yolu olarak değerlendirildiği belirtilmektedir. Yaşlı bireylerin bu teknolojileri kullanmayı kabullenmemeleri oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında kendilerini halen bilgili ve güçlü görmeleri ve onurlu olmalarından dolayı bilgisizliklerinin ortaya çıkmaması ve prestij kaybına uğramaması gibi nedenler gösterilmektedir.

Paul ve Stegbaurer (2005), Almanya'da gençler ile yaşlılar üzerine yapılan bir araştırmada, gençlerin interneti en çok popüler müzik, oyunlar ve bilgisayar tekniği ile ilgili bilgilerin öğrenilmesi amacı ile kullandıkları, yaşlıların ise e-posta göndermek, finans ve sağlık ile ilgili konularda bilgi almak amacıyla kullandıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle yaş aldıkça sağlıkla ilgili sıkıntıların artması ve kendilerini güvende hissedebilmeleri için bilgisayar üzerinden sağlık ve finans konularına yöneldikleri söylenebilir. Yine cinsiyetler açısından konuya baktığında (kadınların erkeklere göre daha fazla yaşadıkları dikkate alınırsa) kadınların bilgisayar kullanımına pragmatik yaklaştıkları, bilgisayar kullanmada güvensiz oldukları, e-posta ve sohbet odaklı bilgisayar kullandıkları, erkeklerin ise kendilerine güvenerek bilgisayar kullandıkları, internette genellikle sörf yaptıkları belirtilmektedir. İngiltere'de yapılan araştırmada ise yaşlı erkeklerin bilgi edinmek ve hobi amaçlı olarak kullanırken yaşlı kadınların yakın arkadaşları ve aileleri ile iletişim kurmak için kullandıkları tespit edilmiştir. Yaşlı kadınların yaşlı erkeklere göre eğitim düzeyi düşüktür. Ayrıca bu kadınlar sosyalizasyon sürecinde teknolojiye çok fazla ilgi göstermemeleri gerektiği tembih edilerek büyütüldükleri için teknoloji kullanımlarının erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmektedir (Paul ve Stegbauer, 2005).

Araştırmalardan elde edilen sonuçları özetlemek gerekirse, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, yaşlıların yaşlılıkta internet becerisinin düşük olması, yaşlılıkta ihtiyaç ve faydaya dayalı kullanıma yönelme, saygınlık ve otorite kaybına uğramamak ve prestij kaybetmeme ve davranış ve yaşam biçiminin farklı yaş gruplarına göre değişmesi gibi nedenler yaşlıların internet kullanım düzeylerini etkilemektedir.

SONUÇ

Bugün gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu tespit edilmesine rağmen yaşlı nüfusta en hızlı artışların az gelişmekte olan ülkelerde olduğu görülmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki doğum artış hızı düşerken azgelişmiş ülkelerde doğum oranı yüksek olmakla birlikte yaşlı nüfusun artış hızının da yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durumda yaşlanma ulusal bir sorun değil, aynı zamanda uluslararası küresel boyutta bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Küresel gelişmeler nedeniyle ulus-devletlerin yaşlılara yönelik eşitsizliği giderici, dışlanmayı önleyici biçimde kamu politikaları inşa etmesi kaçınılmaz gözükmektedir. Bu durum ekonomik sorunların giderek ağırlaşacağı ve en çok etkilenen kesimlerden birinin yaşlılar olacağını ortaya koymaktadır.

Öte yandan günümüz geç kapitalist toplumlarını tüketim toplumu olarak niteleyen Baudrillard (1997), bu toplumda mal ve hizmetlerin çokluğuna dikkat çekmektedir. Sistem

her şeyi tüketim üzerinden inşa etmektedir. Yeni medya başta olmak üzere diğer medya araçlarının ilettiği mesajların hem doğrudan hem de dolaylı olarak bireyleri tüketime yönlendirdiği artık herkes tarafından bilinmektedir. Bu bağlamda yaşlıların da bir tüketici olduğu noktasından hareket edildiği bilinmekle birlikte yaşlı insanların yoksulluğu günümüzün sosyal, ekonomik ve etik tartışmalarının ana konusu olmaktan uzak tutulmaktadır. Halen yaşlıların üretim yapmadığı ve tüketen bir konumda olduğuna ilişkin düşüncelere rastlamak mümkündür. Hatta öyle ki, yaşlılık küçük bir azınlık veya özel rica gerektiren bir durum olarak görüldüğü için yaşlıların insani gelişim hakları düzenli olarak yadsınmaktadır. Bu konuların tartışılması ve gerekli önlemlerin alınabilmesi için Eleştirel Gerontoloji'nin devreye sokulması ve konuya bu çerçevede yaklaşılması kaçınılmaz gözükmektedir.

Yoksulluk ve sosyal dışlanma tüm dünyada yaşlıların insan haklarının ihlallerinin önlenmesinin önünde en büyük engel olmaya devam etmektedir. Küreselleşme nedeni ile meydana gelen baskılardan dolayı gerek ulusal hükümetler gerekse hükümetlerarası kurumların başlattığı emeklilik fonu, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin geleceği hakkındaki tartışmalarda yaşlıları ve onların örgütlerini bir araya getirmenin önemli olacağı düşünülmektedir. Yaşa duyarlı bir küreselleşme için yaşlıların uluslararası kuruluşlara ve uluslararası ağlara daha fazla katılımının sağlanması ve seslerini daha fazla duyurmaları gerekmektedir.

Bunun için neler yapılabilir;

1. Gerek uluslararası gerekse hükümetlerarası kurumların yaşlanma ile ilgili faaliyetleri düzenlemesi ve denetlemesine daha çok özen göstermesi,
2. Ülkelerin kalkınma politikaları ve stratejilerine yaşlanma konusunun küresel gelişmeler dikkate alınarak dahil edilmesi,
3. Ulusal ve uluslararası platformlarda çok taraflı kurumların yanı sıra yaşlılar ile ilgili örgütlerin etkin bir biçimde rol almalarının desteklenmesi,
4. Uluslararası sözleşmeler kapsamında bu sözleşmelere imza koyan ülkelerde insan hakları mevzuatında yaş boyutunun güçlendirilmesi,
5. Yaşlıların küresel sivil toplumu oluşturan forum ve grup ağlarında rol almalarının desteklenmesi (Phillipson, 2003) önem arz etmektedir.

Öte yandan yaşlı bireylerin dijital ürünlerden yararlanabilmeleri onların bu teknolojiyi kullanmaya isteki olmamaları ile alakalı değildir. Yoksullukla mücadele etmek ve sağlık sorunları ile cebelleşmek onları bilgisayar ve internet kullanımından uzak tutmaktadır. Yaşlılar arasında da statü farklılıkları internetten yararlanma düzeylerini etkilemektedir. Ancak ge-

lişmiş modern-sanayi ülkelerinde durum gelişmekte ve yoksul ülkelere göre farklılaşmakta, yaşlı erkeklerin yaşlı kadınlara göre internet ve bilgisayar kullanımları artmaktadır.

Ayrıca yeni bilgi teknolojilerini kullanma olanaklarının geliştirilmesi için finans kuruluşlarının yaşlılar için yatırım yapmaları gerekmektedir. Çünkü dijital uçurum yalnızca gençlerle yaşlılar arasında değil, aynı zamanda zengin ülkeler ile yoksul ülkeler arasında hatta yaşlı nüfusun kendi içerisinde de söz konusudur. Dolayısıyla bu kurumların yaşlıların güçlendirilmesini desteklemeleri ve küresel düzeyde “aktif yaşlanma” olarak tanımlanan hedefi başarabilmeleri, özellikle az gelişmiş ülkelerde ve gelişmiş dünyanın yoksul topluluklarında yaşam şansını azaltan küresel eşitsizlikler ortadan kaldırılmadıkça pek mümkün gözükmemektedir ■

KAYNAKLAR

- Abad, L. (2014). Media literacy for older people facing the digital divide: The e-inclusion programmes design. C ISSN: 1134-3478; e-ISSN: 1988-3293, Pages 173-180,. www.revistacomunicar.comeaJournal; ISSN: 1134-3478; pages
- Beck, U. (2013). *Risk toplumu: başka bir modernliğe doğru*. Çev. K. Özdoğan-B. Doğan İstanbul: İthaki Yayınları.
- Bauman, Z. (2017). *Akışkan modernite*, Çev. S. Okan Çavuş, İstanbul: Can Yayınları
- Baudrillard, J. (1997). *Tüketim toplumu*. Çev. F. Keskin-N. Tural, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Castells, M. (2013). *Ağ toplumunun yükselişi*, I. Cilt, Çev. Ebru Kılıç, İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- DPT. (2007). *Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı*, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No. 2741, Ankara.
- Dünya Dijital Raporu. (2017) TÜİK Verileri (2015-2016). <http://www.connectedivaki.com/2016yilinda-turkiye-de-ve-dunyada-dijital-istatistikler/>
- Giddens, A. (2000). *Üçüncü yol: Sosyal demokrasinin yeniden doğuşu*. Çev. Mehmet Özay, İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Giddens, A. (2008). *Sosyoloji*. Hazırlayan: C. Güzel, İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Giddens, A. (1994). *Modernliğin sonuçları*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Harvey, D. (1997). *Postmodernliğin durumu*. Çev. S. Savran, İstanbul: Metis Yayınları.
- Harvey, D. (2013). *Sosyal adalet ve şehir*. Çev. M. Morali, İstanbul: Metis Yayınları.
- Ijsselssteijn, W., Nap, H. H., de Kort, Y., Poels, K. (2007). Future Play. November 15-17, 2007, Toronto, Canada.
- Kalinkara, V. (2011). *Temel gerontoloji yaşlılık bilimi*. Ankara: Nobel Yayınları, s. 195-197.
- Korkmaz, N. (2004). Türkiye’de yaşlılık ve sosyal politika-Yaşlılık politikalarından ayrı düşünülebilir mi? (Ed.) N.Korkmaz ve S.Yazıcı, *Küreselleşme ve Yaşlılık, Eleştirel Gerontolojiye Giriş*. Ankara: Ütopya Yayınları, s. 189-214.
- McLuhan, M., Powers, B. (2001). *Global köy: 21. yüzyılda yeryüzü yaşamında ve medyada meydana gelecek dönüşümler*. Çev. B. Öcal Düzgören, İstanbul: Scala Yayıncılık.
- Millward, P. (2007). The “grey digital divide”: perception, exclusion and barriers of access to the Internet for older people. <http://firstmonday.org/ojs/index.php/fm/article/view/1066/96>#author>
- Olphert, W., Damodaran, L. (2013). Older people and digital disengagement: a fourth digital divide? *Gerontology*, 59 pp. 564 - 570.
- Önder, İ. (2014). Küreselleşme ve neoliberalizm. (Ed.) N.Korkmaz ve S. Yazıcı, *Küreselleşme ve Yaşlılık, Eleştirel Gerontolojiye Giriş*. Ankara: Ütopya Yayınları, s.39-64.

- Özkök, E. (1985). *İletişim kuramları açısından kitlelerin çözülüşü*. Ankara: Tan Yayıncılık.
- Paul, G., Stegbauer, C. (2005) Is the digital divide between young and elderly people increasing. Erişim Tarihi 25 Şubat 2017 (<http://www.firstmonday.dk/ojs/index.php/fm/article/view/1286/126#author>).
- Phillipson, C. (2003) 'Globalisation and the Future of Ageing: Developing a Critical Gerontology' *Sociological Research Online*, vol. 8, no. 4, <http://www.socresonline.org.uk/8/4/phillipson.html>
- Powell, J. L. (2014). Towards a globalization of aging. *Canadian Journal of Sociology/Cahierscanadiensde sociologie* 39(2) .
- Powell, J. L. (2011). Aging and globalization. Erişim Tarihi 25 Şubat 2017.file:///Users/aylingorgunbaran/Desktop/küreselleşme%20ve%20Yaşlılık/Aging%20and%20Globalization.webarchive
- Powell, J. L., Hafiz, T., Khan, A. (2013). Ageing and gobalization: A global analysis. *Journal of Globalization Studies*, Vol. 4, Num. 1, 2013, ss. 137-146.
- Simmel, G. (2003). *Modern kültürde çatışma*. Çev. T. Bora-N. Kalyıcı, E. Gen, İstanbul: İletişim Yayınları
- TÜİK. (2017) *Türkiye’de 2016 yılı bilgisayar ve internet kullanıcı oranları*
- Urry, J. (1999). *Mekanları tüketmek*. Çev. R. G. Ögdül, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Yazıcı, S. (2014). Küresel yaşlanma: eğilimler, sorunlar ve karşılaştırmalar. (Ed.) N. Korkmaz ve S. Yazıcı, *Küreselleşme ve Yaşlılık, Eleştirel Gerontolojiye Giriş*. Ankara: Ütopya Yayınları, ss. 135-166. (Jason L. Powell’den çeviri).
- Yazıcı, S. (2014). Yaşlanma ve küreselleşme: eleştirel gerontoloji ve ekonomi politik sorunları. (Ed.) N.Korkmaz ve S. Yazıcı, *Küreselleşme ve Yaşlılık, Eleştirel Gerontolojiye Giriş*. Ankara: Ütopya Yay., ss. 67-91. (C. Phillipson)

TÜRKİYE AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMA ZİRVESİ 2017



AİLEDE KUŞAKLARARASI
DAYANIŞMANIN
SAĞLANMASI VE
SÜRDÜRÜLMESİ, HEM
YAŞLANAN BÜYÜKLER
HEM DE TOPLUMDA
YETİŞKİN OLMAYA
HAZIRLANAN ÇOCUKLAR
VE GENÇLER İÇİN AYRI BİR
ÖNEME SAHİPTİR.

TÜRKİYE’DE KUŞAKLARARASI DAYANIŞMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ*



Prof. Dr. Emine Özmete

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) Müdürü

GİRİŞ

Dünyadaki nüfus dinamikleri değişmektedir. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranları azalmakta, yaşam süresi ise uzamaktadır. Bu durum yaşlı nüfus oranının toplam nüfus içerisindeki oranını artırmaktadır. Nüfusun yaşlanması, birçok ülke için yaşlanmanın sosyal, kültürel ve ekonomik yönleri ile düşünülmesini gerekli hale getirmiştir. Makro düzeyde, çalışan nüfusun azalması, buna karşın çalışan nüfusun desteklediği emekli ve yaşlıların çoğalması ekonomik açıdan problematik bir durum olarak görülmeye başlanmıştır. Yaşlılıkla birlikte sağlığın bozulması sağlık harcamalarındaki artışı da beraberinde getirmektedir. Ayrıca uzun süreli bakım ihtiyacının arttığı yaşlılık döneminde bakım verecek nitelikli elemanların bulunması; bu elemanların istihdamının ve finansmanının sağlanması hem refah devleti, hem aile, hem de yaşlı birey açısından gerekli olmuştur.

Mikro düzeyde, geleneksel olarak yaşlıya hem bakım, hem de psiko-sosyal destek sağlayan aile kurumu da değişime uğramaktadır. Demografik değişim süreci, aile yapısını da etkilemektedir. Doğum hızının azalması ile birlikte çocuk sayısı azalmakta, böylece hane

*Bu çalışma, TÜBİTAK/SOBAG tarafından desteklenen “Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi”nden özetlenmiştir.

büyüklüğü küçülmektedir. Türkiye’de gerçekleşen kırdan kente göç olgusu geniş ailelerin azalmasına ve çekirdek aile yapısının en yaygın hane tipi haline gelmesine yol açmıştır. Çocuk sayısının azalması ve hanenin daralması hem finansal, hem de fiziksel olarak bakım gücü potansiyelinin de azalmasına neden olmuştur. Yaşlı anne babalara destek olacak ya da bakacak çocuk sayısı giderek azalmaktadır. Nicel olarak gözlemlenen bu azalmanın yanı sıra, nitelik olarak da azalma görülmektedir. Bireyselleşme kültürü tüm dünyada olduğu gibi, küreselleşmenin de etkisiyle Türk toplumunu etkilemeye başlamaktadır. Bağımsız ve bireyci kültürlerde yaşlı anne babaya destek olmanın bireysel özgürlükleri kısıtladığı, bireyin kendisinin ya da devletin yaşlı bakımını üstlenmesi ve yaşlı ebeveynlere destek olması konusundaki görüşler yaygınlaşmaktadır. Sorumluluk duygusunun azalması, kuşaklararasıdaki bağı ve desteği azaltan bir olgudur. Bu durum, özellikle refah devletinin asgari düzeyde hizmet verdiği ülkelerde yaşlı bireylerin sosyal, ekonomik ve psikolojik iyilik halini tehdit etmektedir.

Geniş aile modelinde büyükanne-büyükbaba, çocuklar ve torunlar olmak üzere üç neslin bir arada yaşaması, geçmişten günümüze toplumumuzun önemli değerlerinden biridir. Aile, her yaş grubunda ve her birey için en önemli sosyal destek sistemidir. Ailede kuşaklararası dayanışmanın sağlanması ve sürdürülmesi hem yaşlanan büyükler, hem de toplumda yetişkin olmaya hazırlanan çocuklar ve gençler için ayrı bir öneme sahiptir. Ailede gerçekleşen sosyalizasyon sürecinde toplumun geneli tarafından benimsenen ve toplumun temel dinamiklerini oluşturan değerlerin gelecek nesillere aktarılması, kuşaklararası dayanışma ile başarılı hale gelmektedir. Diğer yandan yaşlılar da çocuklarına ve en yakında olan akrabalarına güvenmekte; ömürlerini geçirdikleri evde aile yanında yaşlanmak ve yaşamak istemektedirler. Bu bağlantı yalnızca kuşaklararası dayanışmaya katkı sağlamakla kalmayıp, yaşlıların yaşam memnuniyetini de artırmaktadır (Özmete, 2017).

Yaşlılar toplum içinde; olgunluk ve dengelenme unsuru olma, geçmiş – gelecek arasında köprü olma ve toplumun süreklilik bilincini ayakta tutma; dil, kültür ve tarih dağarcığının taşıyıcısı ve aktarıcısı olma, tecrübe paylaşımı ile gelecek nesillerin olaylar karşısında deneme yanılma süre ve maliyetlerini azaltmalarına destek olma gibi işlevleri gerçekleştirirler. Yaşlıların en önemli işlevi kuşaklararası ilişkilerin özelliğinde görülür. Yaşlıların kendileri (1. nesil) ile çocukları (2. nesil) ve torunları (3. nesil) arasında bulunan bağlantının önemi küçük çocukların gelişiminde kendini göstermektedir. Özellikle 0–12 yaşları arasındaki çocuklar için büyüklerle birlikte olmak en önemli eğitim/sosyalizasyon ortamıdır. Çünkü çocuklar, davranışları ve tutumları görerek ve model alarak öğrenirler. Bu ortamda 2. neslin, yani ana-babaların durumu dikkate alındığında, daha çok üretme, kazanma ve getirme, yetme ve yetiştirme işleri ile meşgul oldukları görülür. Günlük işleri fazla, talep ettikleri istek

ve arzuları çok, yaşanmamış deneyimleri fazladır. Diğer yandan çocuklarının beklentilerini gerçekleştirme görevleri her zaman fazladır. Bu noktada yaşlı büyükler ile torunlar arasında oluşan bağ ve dayanışma aile işlevlerinin yürütülmesini de kolaylaştırmaktadır (Dülger, 2012). Ancak son yıllarda evlenme oranlarının azalması, boşanma oranlarının artması, farklı aile tiplerinin ortaya çıkması (tek ebeveynli aileler, parçalanmış aileler) gibi aileye ve topluma ilişkin yapısal değişimler, kuşaklararası ilişkiler üzerindeki baskıyı artırmıştır.

Türkiye’de yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfus (65+) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken, son beş yılda %17,1 oranında artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında bu oran %8,3’e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %43,9’unu erkek nüfus, %56,1’ini kadın nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun 2012 yılında %60,3’ü 65-74 yaş grubunda, %32,5’i 75-84 yaş grubunda ve %7,1’i 85 ve daha yukarı yaş grubunda iken, 2016 yılında %61,5’i 65-74 yaş grubunda, %30,2’si 75-84 yaş grubunda ve %8,2’si 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer almıştır (TÜİK, 2017). Türkiye’de bütün bu demografik, yapısal ve kültürel değişiklikler çerçevesinde kuşaklararası ilişkilerin ne yönde etkilendiğini; kuşaklararası dayanışmanın ne düzeyde olduğunu ve yaşlıların değişen ihtiyaçlarını belirlemek sosyal devlet politikalarına yön vermek açısından önemlidir. Bu çalışma Türkiye’de kuşaklararası dayanışmayı hem yaşlı ebeveynlerin hem de yetişkin çocukların bakış açısı ile ortaya koyabilmek amacıyla yürütülmüştür.

Mikro düzeyde kuşaklararası ilişkiler 1950’li yıllarda gündeme gelmeye başlamış, özellikle sosyal psikoloji alanındaki çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Heider, 1958). Daha sonra aile sosyolojisi kuşaklararası dayanışma alanında çalışmalara başlamıştır (Strauss, 1964). Ancak kuşaklararası ilişkiler yaklaşımının bugünkü hali Bengtson ve Schrader tarafından ortaya atılmış; bu model, Mc Chesney ve Bengtson (1988) tarafından geliştirilmiştir. Bugün ise en sık kullanılan hali Bengtson ve Roberts’ın 1991 yılında yayınladıkları makaleyle şekillenmiştir. Bu çalışma kapsamında Bengtson ve Roberts’ın 1991 yılında önerdiği kuşaklararası dayanışma yaklaşımı kullanılmıştır. Türkiye’de aile yapısına uygun olduğu ve kuşaklararası ilişkileri çok yönlü olarak incelediği için kuşaklararası dayanışma kuramı bu çalışma için uygun görülmüştür.

Sosyal olarak kuşaklararası dayanışma, ailede kuşaklararası oluşturulan yakın bireylerarası bağları yansıtmaktadır. Ailede kuşaklararası ilişkiler dayanışmayı ve karşılıklı desteği içermektedir. Aile düzeyinde kuşaklararası dayanışmanın yapısı, uzun süreli ilişkiler ile etkileşimin davranışsal ve duygusal boyutları, ebeveynler ile çocuklar arasında, ayrıca büyük

ebeveynler ve torunlar arasındaki bağıllık, duygu ve destek ile açıklanmaktadır. Bu en çok bilinen kuşaklararası dayanışma teorisi ile açıklanmaktadır. Bengtson ve arkadaşlarına göre (Bengtson ve Schrader, 1982; Roberts ve Bengtson, 1991; Bengtson, 2001) bu teoride kuşaklararası dayanışmayı belirleyen altı kavramsal boyut bulunmaktadır:

1. **İlişkisel dayanışma:** Kuşaklararası aile bireylerinin ilişkilerinin sıklığı ve niteliği.
2. **Duygusal dayanışma:** Aile bireylerinin diğer bireyler ile ilişkileri hakkındaki duyguları ve değerlendirmeleri.
3. **Uzlaşmaya dayalı dayanışma:** Kuşaklararası fikirler, değerler ve yönelimler konusunda fikir birliğinin sağlanması.
4. **İşlevsel dayanışma:** Kuşaklararası alınan ve verilen maddi destek ve bakım desteği.
5. **Normlara dayalı dayanışma:** Aile değerlerinin önemi konusunda benimsenen normlara bağıllık kadar çocuk olma ve ebeveyn olmanın gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirme ile ilgili beklentiler.
6. **Yapısal dayanışma:** Aile üyeleri arasındaki coğrafi yakınlığın kuşaklararası sunulan fırsatlara yansması, "fırsatların yapısı".

Kuşaklararası dayanışmanın boyutları birbirleriyle ilişki içindedirler. Tek bir boyut diğer tüm boyutları etkileyebilmekte, farklı boyutların etkileşimi kuşaklararası dayanışmanın niteliğini değiştirebilmektedir. Ayrıca Bengtson ve Oyama (2007), kuşaklararası etkileşimleri betimleyen üç beklentiye değinmiştir. Bu beklentilerin birincisinde aile ve yaygın eğitim kurumlarının tüm kuşakların topluma uyum sağlamasında sahip oldukları pay bulunmaktadır. İkincisinde, çeşitli durumlarda ailedeki yaşlı bireylerle diğer kuşaklar arasında karşılıklı olarak finansal ve duygusal destek sağlanmasına değinilmiştir. Üçüncüsü ise yaşlılara devlet tarafından sunulan destek ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Özmete, 2016).

YÖNTEM

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evrenini Türkiye'deki 65 ve daha büyük yaşta bireyler (yetişkin çocukları olan) ile 20-54 yaş grubunda olup 65 ve daha büyük yaşta ebeveynine sahip bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türkiye 12 bölge olarak ele alınmış ve her bölgeden bir il, kent ve kırsal araştırmaya dahil edilmiştir. Her ilin kendi nüfus oranı içinde yüzde olarak temsil yeteneğine sahip 65 ve daha büyük yaşta örnekleme dahil edilen kadınlar ve erkekler ile 20-54 yaş grubundaki 65 ve daha büyük yaşta ebeveynine sahip kadınlar ve erkekler ile yüz

yüze görüşme yöntemi ile anket formları doldurulmuştur. Araştırmada yaşlıların bulunduğu her hanede bir yaşlı birey ile görüşülmüş, çocukların bulunduğu her hanede ise 1 ya da en fazla 2 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey dağılımı dikkate alınmıştır. Araştırmada iki alt kitle mevcuttur:

- (i) 65 ve daha büyük yaşta olup yetişkin çocuk sahibi olan anne ve babalar
- (ii) 20-54 yaş grubunda olup 65 ve daha büyük yaşta anne ve babaya sahip çocuklar

Örneklem birimi birey olup Türkiye geneli için %95 güven düzeyi ve %2,2 güven aralığında 65+ yaş için 2.000, 20-54 yaş aralığı için 2.000 olmak üzere toplam 4.000 örnekleme ulaşılması planlanmıştır. Örneklemenin illere dağılımında TÜİK'in benimsediği istatistik bölge sınıflandırmasına göre NUTS-1 düzeyindeki tüm iller (12 il) araştırmanın kapsamına dahil edilmiştir. Anketin uygulanması %77 kent, %23 kır olarak gerçekleştirilmiştir. Kır için örneklemde yer alan illerin nüfusu 20.000 ve altı olan ilçe veya beldeleri seçilmiştir.

Saha çalışması sırasında ortaya çıkan sınırlılıklar nedeniyle yaşlılara uygulanan anket sayısı kısmen azalmış, yetişkin çocuklara uygulanan anket sayısı artmıştır. Projede ulaşılması planlanan toplam 4 bin kişi yerine 4.447 kişiye ulaşılmıştır. Bu anketlerden 347'si (184 yaşlı; 163 yetişkin) geçersiz anket sayılmıştır, veri toplama sonucunda 1902 yaşlı ve 2198 yetişkin olmak üzere toplam 4100 anket değerlendirmeye alınmıştır.

Nicel çalışma sürecinde katılımcılar 65+ yaş grubunda olup yetişkin çocuğu olan yaşlı kadınlar ve erkekler ile yetişkin çocuk olup 65+ yaş grubunda anne ve/veya babası olan kadınlar ve erkekler ile sınırlandırılmıştır. Araştırmada yaşlılar için hazırlanan anket formunda yer alan mini mental test puanı 6 ve daha yüksek olan yaşlılar araştırmaya dahil edilmiştir. Bu araştırmanın sonuçları hem yaşlı birey hem de yetişkin çocuklar için hazırlanan anket formlarında yer alan sorular ve bu anketlere verilen yanıtlar ile sınırlıdır.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan yaşlı ebeveynler ile yetişkin çocukların kuşaklararası dayanışmaya ilişkin görüşleri; ilişkisel dayanışma, duygusal dayanışma, uzlaşmaya dayalı dayanışma, işlevsel dayanışma, normlara dayalı dayanışma ve yapısal dayanışma olmak üzere altı temel başlıkta açıklanmıştır. Ayrıca yaşlıları ve yetişkin çocukları tanıttıcı genel bilgiler, yaşam memnuniyeti, yaşam kalitesi ve Türkiye'de kuşaklararası dayanışmanın geleceği ile ilgili endişeler belirtilmiştir.

Katılımcıları Tanıtıcı Genel Bilgiler

- Evli olan yaşlı erkeklerin oranı (%80,6), evli olan yaşlı kadınların oranından (%50,8) yüksektir.
- Yaşlı kadınlarda eşini kaybedenlerin oranı (%44,8) yaşlı erkeklerin oranından (%15,9) yüksektir.
- Yeniden evlenmeyi düşünen yaşlılar arasında kadınların oranı yalnızca %3,2 iken, bu oran erkeklerde %25,8'e yükselmektedir. Bu durum yaşlılığın kadınlar için kayıplar dönemi olmasına neden olmakta; yalnızlık ve muhtaçlık durumunu artırmaktadır.
- Üç kuşağın bir arada yaşadığı geniş aile modeli ise %13,8 oranındadır. Üç kuşağın bir arada yaşadığı geniş aile modeli daha çok Kayseri (%40,0), Erzurum (%36,7) ve Diyarbakır (%31,5) illerinde yaygındır.
- 20-54 yaş grubundaki her dört çocuktan biri (%24,0) ebeveynleri ile birlikte yaşamaktadırlar.
- Yaşlıların yaklaşık dörtte biri (%25,6) ekonomik olarak ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmektedirler. Her beş yaşlıdan biri (%20,8) ekonomik durumunun rahat olduğunu söylerlerken, %12,8'i ihtiyaçlarını karşılamakta çok güçlük çektiklerini belirtmektedirler. Ekonomik olarak ihtiyaçlarını karşılamakta çok güçlük çeken yaşlılar ağırlıklı olarak Diyarbakır'da (%48,1) yaşamaktadırlar. Ekonomik durumunun rahat olduğunu ifade eden yaşlılar ise daha çok Trabzon (%44,3), Balıkesir (%43,9), Kayseri (%31,7) ve Samsun (%27,7) illerinde oturmaktadırlar.
- Yaşlıların ana gelir kaynağı emekli maaşdır (%83,3). Yaşlıların gelir kaynağı açısından ikinci sırada çocukları yer almaktadır (%11,2).
- İzmir'de devlet yardımlarından yararlanan yaşlıların oranı %30,4, Diyarbakır'da ise %28'dir. Yaşlı aylığı, bakım parası, sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonu gibi devlet yardımlarından yararlanan yaşlı kadınların oranı %67,2 iken, bu yardımlardan yararlanan yaşlı erkeklerin oranı %32,8'e düşmektedir. Çocuklarından ekonomik destek alan yaşlı kadınların oranı %64,8 iken, çocuklarından ekonomik destek alan yaşlı erkeklerin oranı yaklaşık yarısı kadardır (%35,2).

Yaşam Memnuniyeti ve Yaşam Kalitesi

- Yaşlıların %62'si, yetişkin çocukların %60,8'i yaşamlarından memnuniyet duymaktadırlar.
- Hem yaşlılarda hem de yetişkin çocuklarda kadınlar, erkeklere kıyasla yaşamdan daha az memnuniyet duymaktadırlar.
- Ayrıca evli olmak ve gelir düzeyinin yüksek olması hem yaşlılar hem de yetişkin çocuklar için yaşam memnuniyetini artıran belirleyicilerdir.
- İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde yaşlıların ve yetişkin çocukların yaşam memnuni-

yeti daha yüksek iken; Erzurum, Malatya, Trabzon ve Diyarbakır gibi illerde yaşayan yaşlıların ve yetişkin çocukların yaşamdan duydukları memnuniyetin daha az olduğu bulunmuştur.

- Yaşlıların %65,4'ü, yetişkin çocukların %67,6'sı yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirmektedirler.
- Yaşlıların büyük çoğunluğu çocuklarının kendilerine baktıklarını ve ihtiyaç olduğunda bakabileceklerini (%82,4) ve sözlerini dinleyip saygı gösterdiklerini (%85,7) belirtmektedirler.
- Yaşlılar genellikle huzurlu ve mutlu (%76,1) olduklarını ifade etmektedirler.
- Yaşlıların yarısından fazlası (%57,7) yaşlılığın ölüme hazırlık olduğunu düşünmektedirler.

Sağlık Durumu

- Yaşlıların %41,8'i sağlık durumlarını iyi, %40,01'i ise ne iyi ne kötü olarak değerlendirmektedirler. Sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren yaşlıların oranı %14,77'dir.
- Yaşlı kadınların, 71 ve daha büyük yaştaki bireylerin ve gelir düzeyi düşük olanların sağlık durumu daha kötüdür.
- Yaşlılar en çok yüksek tansiyon (%55,1), romatizma (%38,6) ve kireçlenme (%33,8) gibi kronik hastalıklara sahiptirler. Yaşlıların %31,1'i diyabet hastasıdır. Yaşlıların yaklaşık dörtte biri (%25,9) kalp ve damar hastalıkları ile eklem hastalıklarına, yaklaşık beşte biri (%20,6) ise kemik erimesi hastalığına sahiptir.
- Malatya, Samsun ve Erzurum illerinde yaşlılarda kronik hastalıkların görülme sıklığı daha fazladır. Diğer illere göre yaşlılarda kronik hastalıkların en az görüldüğü il ise Balıkesir'dir.
- Yaşlı kadınlarda kronik hastalıkların görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Yaşlılarda gelir düzeyi ve öğrenim düzeyi yükseldikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı azalmaktadır.
- Yaşlı erkeklerin, 65-70 yaş grubunda olan yaşlıların ve geliri yüksek olanların günlük işlerini yönetme açısından öz bakım kapasitesi daha yüksektir.
- Diyarbakır, Samsun ve Malatya illerinde diğer illere kıyasla öz bakım kapasitesi daha düşük olan yaşlılar yaşamaktadırlar. İzmir, Adana ve Balıkesir illeri ise diğerlerine kıyasla öz bakım kapasitesi daha yüksek yaşlıların yaşadıkları illerdir.
- Yaşlılar en çok yemek yapma (%21,0) ve ev işleri yapma (%20,4) gibi konularda evde destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar.

Kuşaklararası Yapısal Dayanışma

- Yaşlılar daha çok oğulları ile görüşmektedirler. (%54,8). Kız çocukları ile görüşme sıklıkları daha azdır (%44,6).
- Yaşlılar en sık görüştükleri çocukları ile ağırlıklı olarak aynı evde (%38,92) ya da aynı şehirde yaşamaktadırlar (%33,33). Dolayısıyla görüşme sıklığı ile coğrafik mesafe arasında önemli bir ilişki olduğu, yakın mesafenin yaşlılar ve çocukları arasında önemli bir bağ oluşturduğu görülmektedir.
- Yetişkin çocukların en sık görüştükleri ebeveynleri anneleridir (%48,36). En sık olarak annesi ve babası ile birlikte görüşenlerin oranı ise %31,85'tir. En sık görüştüğü ebeveyni babası olan yetişkin çocukların oranı %8,92'dir.
- En sık olarak kayınvalidesi ile görüşenlerin oranı %5,19 olup; kayınvalide ve kayınpeder ile birlikte görüşenlerin oranı ise %3,7'dir. Yetişkin çocuklar en sık görüştükleri ebeveynleri ile aynı şehirde (%32,31) ve aynı evde (%31,04) yaşamaktadırlar.
- Yaşlıların çözülmesi gereken bir sorunları olduğunda ağırlıklı olarak kendilerinin sorunlarını çözdükleri (%33,5) ya da eşlerine başvurdıkları (%33,7) belirlenmiştir. Yaşlılar sorunları olduğunda kendileri ve eşlerinden sonra ilk olarak oğullarına (%19,2) daha sonra ise kızlarına (%11,6) başvurumaktadırlar. Yaşlıların bir sorunları olduğunda torunlarına başvurma oranı ise %6,3'tür. Yaşlıların bir sorunları olduğunda gelinlerine (%1,2) ve damatlarına (%0,1) başvurma oranları çok düşüktür.
- Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bakımları ile ilk sırada (%34,8) eşleri ilgilenmektedirler. Kendi ihtiyaçları ve bakımları ile ilgilenen yaşlıların oranı %26,6'dır.
- Kendileri ve eşleri dışında yaşlıların bakımları ve ihtiyaçlarının karşılanması ile ilk olarak erkek çocuklarının ilgilendikleri (%35), daha sonra kız çocuklarının bunu izlediği (%29,2) bulunmuştur.
- Yaşlıların değerlendirmelerine göre gelinler ve damatların yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilenme oranı oldukça düşüktür. Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgili destek aldıkları kişiler olarak erkek ve kız çocuklarını belirtmiş olmaları, gelin ile damadın destek rolünün daha az olduğunun ortaya çıkması, yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgili olarak öncelikle çocuklarını muhatap ve sorumlu olarak görmeleri ile açıklanabilir. Örneğin gelin yaşlı kayınvalide ve kayınpedere bakıyor olsa bile; yaşlılar erkek çocuklarını bu konuda karar verici olarak düşünmektedirler.
- Yetişkin çocukların %26,4'ü her gün ebeveynlerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilenmektedirler. Haftada 2-3 kez ebeveynlerinin ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgilenen yetişkin çocukların oranı %15,8, haftada bir kez ilgilenenlerin oranı %9,5'tir.

Kuşaklararası Duygusal Dayanışma

- Yaşlılar duygusal dayanışma açısından çocukları ile güçlü ilişkilere sahiptirler.
- Yaşlıların çocuklarına saygılı ve adil davrandıkları, çocuklarına güvendikleri ve yakın ilişkileri olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların çocuğunu anlama ve çocuğunun kendine güvenmesi ile ilgili yapmış oldukları değerlendirmeler de olumludur.
- Yaşlıların değerlendirmelerine göre çocukları ile %83,84 oranında duygusal dayanışmanın gerçekleştiği bulunmuştur.
- İzmir ve Kocaeli illerinde duygusal dayanışma diğer illere göre daha azdır. İstanbul ise duygusal dayanışmanın en yüksek olduğu ildir.
- Yaşlıların yaşı ilerledikçe çocukları ile duygusal dayanışma düzeyleri azalmaktadır. 65-70 yaş grubundaki yaşlıların çocukları ile duygusal dayanışma düzeyi 71 ve daha büyük yaştaki yaşlılara kıyasla daha yüksektir. Duygusal dayanışmanın yaşı ilerledikçe azalması yaşlıların incinebilirliğini daha da artıracak bir unsurdur.
- Araştırma kapsamına alınan yaşlıların gelir düzeyi yükseldikçe duygusal dayanışma düzeyi de yükselmektedir.
- Yetişkin çocukların da ebeveynlerine saygı duydukları ve adil davrandıkları, ayrıca ebeveynlerine güvendikleri ortaya çıkmıştır.

Kuşaklararası Normatif Dayanışma

- Yaşlıların çoğunluğu (%77,8) yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun aileye ait olduğunu düşünmektedirler. Yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun devlete ait olduğunu belirtenlerin oranı %14,8'dir.
- Yetişkin çocukların da çoğunluğu (%83,8) yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun aileye ait olduğunu söylemektedirler.
- Yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde onlara en çok oğullarının bakması gerektiğini düşünmektedirler (%43,5).
- Yaşlıların yaklaşık üçte biri kendilerine eşlerinin (%30,3) ve kızlarının (%32,7) bakması gerektiğini belirtmektedirler.
- Bakım konusunda evde bakıcı (%12,0) ve huzurevi (%7,6) seçeneklerini belirtenlerin oranı diğer seçeneklere göre daha düşüktür.
- 20-54 yaş grubundaki yetişkin çocuklar da kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde kendilerine oğullarının bakması gerektiğini (%45,6) söylemişlerdir.
- Yetişkin çocukların %34,1'i yaşlı ebeveynlere eşlerinin, %32,9'u ise kız çocuklarının bakması gerektiğini belirtmektedirler. Bakım konusunda evde bakıcı (%12,5) ve huzurevi/bakımevi (%2,4) seçeneklerini belirtenlerin oranı daha düşüktür.

- Yetişkin çocuklar ağırlıklı olarak anneleri/babaları oldukları için (%73,7) ve onları sevdikleri için (%64,3) ebeveynlerine baktıklarını belirtmektedirler. Yetişkin çocukların %45,6'sı o(n)lar bakıp büyüttükleri için ebeveynlerine baktıklarını/bakacaklarını belirterek karşılıklılık etiğine vurgu yapmaktadırlar. Yetişkin çocukların %41,5'i ebeveynlerine saygı duydukları, %38'i vicdanlı oldukları, %30,4'ü ise dinimiz böyle emrettiği için ebeveynlerine baktıkları/bakacaklarını belirtmektedirler.
- Yetişkin çocuklara yaşlı ebeveynlerine bak(a)mama nedenleri sorulduğunda ilk sırada "çalışıyordum"/"çalışıyorum vaktim yok" cevabının olduğu görülmektedir (%41,2).
- Yetişkin çocukların %38,8'i maddi olanakları olmadığı için anne/babasına bakamadıklarını belirtmektedirler. İlişkisi iyi olmadığı, kendini sorumlu hissetmediği, sağlık sorunları olduğu için ve engelli ya da küçük çocuğu olduğu için yaşlı ebeveynlerine zaman ayıramayan; ekonomik yetersizlikler, coğrafi olarak uzakta olma gibi nedenlerle ebeveynlerine bakamayan yetişkin çocuklar vardır.
- Yaşlılar bakım konusunda aileden kendi evlerinin olmasını ve çocuklarının ziyaret ederek tüm ihtiyaçları ile ilgilenmelerini beklemektedirler. Ayrıca yaşlılar aileden ebeveynlerinin bakımında tüm çocukların eşit sorumluluk almaları gerektiğini söylemektedirler. Yaşlılar bundan sonra evde bakıcı seçeneğini tercih etmektedirler. Ancak bakıcı olsa dahi çocuklarının da ilgilenmesini istemektedirler.
- Yaşlılar oğulları-gelinleri, kızları-damatları ile birlikte onların evinde oturmayı ve huzurevine gitmeyi istememektedirler.
- Yetişkin çocuklar, yaşlı bakımı konusunda ailenin sağlayabileceği bakım seçenekleri arasında en çok ebeveynlerin bakımında tüm çocukların eşit sorumluluk almaları gerektiği görüşünü benimsemektedirler. Bunu yaşlıların kendi evlerinin olması ve çocuklarının ziyaret ederek tüm ihtiyaçları ile ilgilenmeleri gerektiği görüşü izlemektedir.
- Yaşlılar bakım konusunda devletin sunduğu/sunacağı hizmetlere çok önem vermektedirler ve beklentileri yüksektir. Yaşlılar devletten en çok ailelere ekonomik destek sağlamasını beklemektedirler. İkinci olarak yaşlılar devletten evde bakım desteği sağlamasını beklediklerini belirtmektedirler.
- Devletin, Alzheimer-demans gibi hastalıkları olanlar için ayrıca bakım merkezleri açması, yaşlıların gündüz gidebileceği mekanlar oluşturması, yaşlıya bakan kişilere psiko-sosyal destek vermesi, evde bakıcı sağlaması önem verilen ve devlet desteğinin beklendiği diğer konulardır. Devletin huzurevlerinin sayısını artırması ise en az önem verilen konu olarak ortaya çıkmıştır.
- Yetişkin çocuklar da benzer olarak devletten en çok ailelere ekonomik destek ve evde bakım desteği sağlamasını beklemektedirler. Devletin huzurevlerinin sayısını artırması ise en az önem verilen konu olarak ortaya çıkmıştır.

- Hem yaşlıların hem de yetişkin çocukların devletten normatif dayanışma kapsamındaki beklentilerinin ve önceliklerinin kurumda bakım yerine evde bakımın desteklenmesi olduğu, en çok ekonomik desteğe ihtiyaç duydukları, ancak Alzheimer-demens gibi durumlarda ihtisaslaşmış olan kurumların olması gerektiğini belirttikleri anlaşılmaktadır.

Kuşaklararası Uzlaşmaya Dayalı Dayanışma

- Uzlaşmaya dayalı dayanışma aile bireyleri arasında geleneksel normlar, değerler, fikirler arasındaki dayanışmayı ifade eder. Yaşlı kadınların çocukları ile uzlaşmaya dayalı dayanışma düzeyi yaşlı erkeklerle kıyasla daha yüksektir.
- 65-70 yaş grubundaki yaşlıların, 71 ve daha büyük yaştakilere kıyasla çocukları ile uzlaşmaya dayalı dayanışma düzeyi daha yüksektir.
- Yaşlıların gelir düzeyi yükseldikçe çocukları ile uzlaşmaya dayalı dayanışma düzeyleri de yükselmektedir.
- İzmir’de yaşayan yetişkin çocuklar diğer illerde yaşayanlara kıyasla ebeveynleri ile en düşük uzlaşmaya dayalı dayanışmaya sahip iken, İstanbul’da yaşayan yetişkin çocuklar diğer illere kıyasla ebeveynleri ile en yüksek uzlaşmaya dayalı dayanışmaya sahiptir.

Kuşaklararası İşlevsel Dayanışma

- Yaşlıların son 6 ay içinde çocuk(lar)ı ile az sıklıkta karşılıklı hediye alış verişinde bulundukları ve son 6 ay içinde çocuk(lar)ına az sıklıkla maddi yardımda bulundukları belirlenmiştir.
- İşlevsel dayanışma kapsamında çocuk(lar)ının son 6 ay içinde sıklıkla ev işleri, ulaşım gibi konularda yaşlı ebeveynlerine yardımda bulundukları bulunmuştur.
- Yaşlılar çocuklarına maddi yardımda bulunmasa bile torun bakımı gibi konularda destek sağladıkları görülmektedir.
- Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %89,4’ü torun sahibidir. Torun sahibi olan yaşlıların %43,9’u ise her gün torunlarına bakmaktadırlar.
- Yetişkin çocukların ebeveynlerine daha sık hediye aldıkları belirlenmiştir.
- İşlevsel dayanışma kapsamında yetişkin çocukların etkin oldukları görülmektedir.
- Yetişkin çocukların %65,06’sının çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olanlar arasında %35,68’inin çocuk bakımı için yaşlı ebeveynlerinden her gün bakım desteği aldıkları belirlenmiştir.

Kuşaklararası İlişkisel Dayanışma

- Çocukları ile her gün yüz yüze görüşen yaşlıların oranı %64,7'dir.
- Çocukları ile her gün telefonda görüşen yaşlıların oranı %48,5 iken, haftada birkaç kez telefonla görüşenlerin oranı %28,8 olarak belirlenmiştir.
- Yaşlıların çocukları ile birlikte aktivite (alışveriş, pikniğe gitme, tatile gitme, komşu ve akraba gezmesi) yapma düzeyleri azdır.
- Çocuklar yaşlı ebeveynlerini dini bayramlarda sıklıkla ziyaret etmektedirler.
- 65-70 yaş grubundaki yaşlıların ilişkisel dayanışma ile ilgili değerlendirmelerinin 71 ve daha büyük yaştaki yaşlılara kıyasla daha olumlu olduğu belirlenmiştir.
- Yaşlıların gelir düzeyi ve öğrenim düzeyi yükseldikçe çocukları ile ilişkisel dayanışma düzeyleri de yükselmektedir.

Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Geleceği İle İlgili Endişeler

- Yaşlılar kuşaklar arasındaki bağların gün geçtikçe azalmasından endişelenmektedirler.
- Yaşlılar özellikle torunlar ve yaşlı büyükler arasında önemli bir iletişim kopukluğu yaşadığını ve yetişkin çocuklar ve torunlar ile yaşlılar arasındaki bağların gün geçtikçe azaldığını düşünmektedirler.
- Hem yaşlılar hem de yetişkin çocuklar en çok televizyon, bilgisayar gibi teknolojilerin ailede fazla kullanılmasının kuşaklar arası dayanışmayı engellediğini belirtmektedirler.
- Coğrafi olarak mesafelerin fazla olmasının ve yetişkin çocukların yaşlı ebeveynlerinin sorunlarına yeterince ilgi göstermemelerinin kuşaklararası dayanışmayı engellediğini söylemektedirler.
- Yetişkin çocuklar kuşaklar arasındaki bağların gün geçtikçe azalmasından endişelenmektedirler.
- Yetişkin çocuklar özellikle torunlar ve yaşlı büyükler arasında önemli bir iletişim kopukluğu yaşadığını ve yetişkin çocuklar ve torunlar ile yaşlılar arasındaki bağların gün geçtikçe azaldığını düşünmektedirler.

Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Mevcut Durumu

- Türkiye’de hem yaşlılar hem de yetişkin çocuklar için en güçlü dayanışma boyutları; duygusal dayanışma ve ilişkisel dayanışmadır. Duygusal dayanışma boyutu yaşlılarda %83,84, yetişkin çocuklarda ise %84,52 oranındadır. İlişkisel dayanışma boyutu yaşlılarda %82,81, yetişkin çocuklarda ise %83,06 oranındadır.
- Türkiye’de hem yaşlılar hem de yetişkin çocuklar için orta düzeydeki dayanışma boyutları; normatif dayanışma ve uzlaşmaya dayalı dayanışmadır. Normatif dayanışma boyutu yaşlılarda %78,80, yetişkin çocuklarda ise %78,30 oranındadır. Uzlaş-

maya dayalı dayanışma boyutu yaşlılarda %78,80, yetişkin çocuklarda ise %80,16 oranındadır.

- Türkiye’de yaşlılar tarafından çocuklarına sağlanan en düşük dayanışma şekli işlevsel dayanışmadır. Türkiye’de yaşlılar tarafından çocuklarına sağlanan maddi destek ve bakımı içeren işlevsel dayanışmanın gerçekleşme oranı %38,24 iken; çocukları tarafından yaşlılara sağlanan maddi destek ve bakımı içeren işlevsel dayanışmanın gerçekleşme oranı %75,69’dur.
- Türkiye’de kuşaklararası dayanışmanın mevcut durumunu olumlu değerlendirme durumuna bakıldığında yaşlıların %60,03’ünün, yetişkin çocukların ise %59,34’ünün olumlu değerlendirdiği görülmektedir (Özmete, 2016) ■

KAYNAKLAR

- Bengtson, V.L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational relationships in American society. The 1998 Burgess Award Lecture. *Journal of Marriage and the Family*, 63(1), 1-16.
- Bengtson, V. L., Oyama, P. S. (2007). Intergenerational solidarity: Strengthening economic and social ties. *Expert Group Meeting Report*, UN Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development.
- Bengtson, V. L., Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870.
- Bengtson, V. L., Schrader, S. (1982). Parent-child relations. In D. Mangen and W. A. Peterson (Eds.), *Research Instruments in Social Gerontology* (Vol. 2), (pp. 115-186). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dülger, İ.(2012). Dünyada ve Türkiye’de yaşlılığın değişen görünümü, değişen politikaları ve gelişen aktif yaşlanma kavramı. *Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Bildirileri Kitabı*. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi
- Heider, F. (1958) *The psychology of interpersonal relations*, New York: Wiley
- McChesney, K.Y., Bengtson, V.L., Mangen, D. J. (Ed); Bengtson, V. L. (Ed); Landry Jr., Pierre H. (Ed). (1988). "Solidarity, integration, and cohesion in families: Concepts and theories". *Measurement of Intergenerational Relations*. Sage focus editions, Vol. 92. (pp. 15-30). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Straus, M. A. (1964). "Measuring families." Chapter 10 in Harold T. Christenson (ed.), *Handbook of Marriage and the Family*. Chicago: Rand McNally.
- Özmete, E. (2016). *Türkiye’de kuşaklararası dayanışmanın değerlendirilmesi projesi*. TÜBİTAK/SOBAG 1001 Projesi (2015-2016).
- Özmete, E. (2017). *Türkiye’de kuşaklararası dayanışmanın değerlendirilmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- TÜİK, (2017). İstatistiklerle yaşlılar, 2016. *Türkiye istatistik Kurumu Haber Bülteni*. Sayı: 24644. 16 Mart 2017.



SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
KİŞİLERİN; SAĞLIKLA İLGİLİ
EDİNİLENLERİ OKUMASI,
DİNLEMESİ, ANALİZ ETMESİ,
KARARA KATILMASI, KARAR
VERMESİ VE HAYATA
UYARLAMASI AŞAMALARINI
KAPSAR.

TÜRKİYE'DE

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI:

SAĞLIKLI YAŞLANMA

PERSPEKTİFİ İLE BİR DEĞERLENDİRME



Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

GİRİŞ

Tüm dünyada toplumlar yaşlanmaktadır. Değişen demografik yapı, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması, tıp alanında gerçekleşen teknolojik ve bilimsel gelişmeler ortalama yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesinin artmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir ayrımaya göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır.

Dünya nüfusunun 2015 yılında %8,5'ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,4 ile Monako, %26,6 ile Japonya ve %21,5 ile Almanya'dır. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusun (65 ve daha yukarı yaş) toplam nüfus içindeki yüzdesi 2014 yılında %8 iken, 2015 yılında %8,2'ye yükselmiştir. Yaşlı nüfusun %43,8'ini erkek nüfus, %56,2'sini ise kadın nüfus oluşturmaktadır (TÜİK, 2016).

Genç nüfuslu ülkelerde yaşlıların genel nüfusa oranı %4'ten az, erişkin nüfuslu ülkelerde %4-7, yaşlanmakta olan nüfuslu ülkelerde %7-10, yaşlı nüfuslu ülkelerde %10'un üzerinde olup, Türkiye günümüzde yaşlanmakta olan nüfuslu ülkeler grubuna girmektedir. 2015 yılına ait, yaşlı bağımlılık (65 yaş ve üzeri) oranımız %12,2'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Gelecek yıllarda da yaşlı nüfusunun ve yaşlı bağımlılık oranının artması beklendiğinden, sağlıklı ve aktif yaşlanma önemini artırmaktadır.

Yaşlılık ve Sağlık

Beklenen yaşam süresinin artışı ve yaşlı nüfus yüzdesinin artışı ile "aktif yaşlanma" kavramı gündeme gelmiştir. Aktif yaşlanma; sağlıklı yaşlanmadan daha kapsamlı bir kavramdır. DSÖ, aktif yaşlanmayı; insanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, güvenlik ve katılım gibi konulardaki fırsatlardan yaşlıların en iyi şekilde yararlanma süreci olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013).

Aktif yaşlanmanın belirleyicileri şunlardır:

- Karşılıklı etkileşen belirleyiciler: Kültür ve cinsiyet
- Sağlık ve sosyal hizmetleri ile ilgili belirleyiciler
- Davranışsal belirleyiciler
- Kişisel belirleyiciler
- Fiziksel çevre ile ilgili belirleyiciler
- Sosyal çevreye bağlı belirleyiciler
- Ekonomik belirleyiciler

Bu belirleyicilerin hepsi aslında sağlığın sosyal belirleyicileridir. Yaşlı sağlığı alanı Türkiye'de de sağlık hizmetleri organizasyonunun önemli başlıklarından birisi olarak görülmektedir. Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile öncelikli müdahale yaklaşımları şöyle belirlenmiştir: Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması; yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi. Bütün bu hizmetlerin verimli çıktılarının olabilmesi için yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyi de en önemli ve etkili faktörlerdendir (WHO, 2013).

Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında S. K. Simonds tarafından "Health Education as Social Policy" adlı kitapta kullanılmıştır. 1990'lı yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramı insan sağlığı üzerine etkisinin büyük olacağı düşüncesi ile yeniden tanımlanmaya ve tartışılmaya başlanmıştır; 2000'li yıllarda konuya ilişkin araştırma ve uygulamalar uluslararası kuruluşların da gündemine alınmıştır. DSÖ sağlık okuryazarlığını "iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanmak ve anlamak için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri elde etme kapasitesi" olarak tanımlamıştır (WHO, 2013; Sezgin, 2013; Adams vd., 2009).

Sağlık okuryazarlığı; sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artıran, sağlık eşitsizliklerini gideren; sağlık profesyonelleri için mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik becerileri kullanabilmeyi; sağlık hizmeti alanlar için anlaşılır olabilmeyi, karara katılımda daha fazla aktif rol almayı ve daha kaliteli sağlık hizmetinden yararlanabilmeyi sağlayan bir öğedir. Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hizmeti sağlayanların, hem de bireylerin sorumluluğundadır. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi için kültür oluşturma aracıdır. Sağlık okuryazarlığı kişilerin; sağlıkla ilgili edinilenleri okuma, dinleme, analiz etme, karara katılma, karar verme ve hayata uyarlama aşamalarını kapsar. Sağlık okuryazarlığı, sadece okuma yeteneği değildir. Sağlık okuryazarlığında;

- Sağlık hakkının, hasta haklarının bilincine varılması
- Kamu sağlığı duyurularının, sağlık eğitimi materyallerinin, vb. anlaşılması
- Bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişi ve kurumlara ulaşma becerileri
- Hekimlerin tedavi ve teşhise yönelik direktifleri, onay formlarını anlayabilmesi
- Görsel okuryazarlık (grafik, vb. bilginin yorumu), bilgisayar okur-yazarlığı, bilgi okur-yazarlığı (doğru bilgiyi elde etme ve uygulama), sayısal okuryazarlık (hesap yapabilmek) becerileri
- Bütüncül sağlık hizmetlerine yaklaşma yeteneği

gibi birçok bileşen vardır.

Tanımdan hareketle sağlık okuryazarlığı 3 sınıfa ayrılır.

a. İşlevsel (Fonksiyonel) Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir. Sağlık riskleri veya sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneğini içerir.

b. İletişimsel (İnteraktif) Sağlık Okuryazarlığı

Özellikle sağlık sunucuları ile iletişim kurabilme konusunda gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri, kendine güven gibi kişisel ve sosyal yetileri, sağlık aktivitelerine katılma, medyada

sağlık enformasyonunu aramayı, sağlık mesajlarını anlama ve değişen koşullardaki sağlık bilgilerini uygulamayı kapsar.

c. Eleştirel (Kritik) Sağlık Okuryazarlığı

Bir üst düzey bilişsel ve sosyal yetenekleri ve eleştirel düşünebilme kabiliyetini içerir. Sağlık enformasyonunu (özellikle medyadan yansıyan haberlerin doğru yorumlanması ve değerlendirilmesi) kritik olarak analiz edebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme, sağlığın sosyal ve ekonomik tanımını görebilme, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmeyi içerir (Adams vd., 2009; WHO, 2013).

Toplumların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçme ve ona yönelik müdahale programlarını geliştirme çalışmaları başlamıştır. Sekiz Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İspanya, İrlanda, Polonya, Yunanistan) yapılan çalışmada; ülkeler toplam olarak değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %12'sinin bu konuda yetersiz, %35'inin ise problemlili düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır (HLS-EU Consortium, 2012). Amerika'da ise yetişkin bireylerin %50'si temel sağlık okuryazarlığına sahip değildir (U.S. Department of Education NCES, 2006)).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatürdeki araştırma sayısının fazlalığı sağlık okuryazarlığını etkileyen birçok faktörün varlığına işaret etmektedir. Öğrenim kolaylığı açısından sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri bireysel özellikler, sağlık hizmeti ve sağlık personelinin ilgilendiren özellikler olarak üç gruba ayırabiliriz. Bireysel özellikler içinde yaş en önemli etkileyen faktörlerdendir. Yaşlanma ile bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşmektedir (Adams vd., 2009; WHO, 2013).

YAŞLI NÜFUSTA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okur kitlesi olmak, herhangi bir yaşta zor olan birçok bilişsel süreci içerir. Reçeteleri ve tavsiyeleri alıp, isim ve adres listesinden hizmet birimlerini seçerek, çoklu ilaçların ne zaman alınacağını hesaplayarak, tıbbi terminolojiyi yorumlayarak, dergilerde-televizyonda-internette bulunan sayısız sağlıkla ilgili bilgiyi elden geçirerek ilerleyen süreç; sağlıkla ilgili bilgileri seçme, anlama ve kullanma gibi karmaşık düşünce süreçlerinden sadece birkaçıdır. Anlama, problem çözme, karşılaştırma ve zıtlık, akıl yürütme, hesaplama, uyarılma ve sentezleme, sağlık okuryazarlığı için gerekli olan daha üst düzey bilişsel süreçlerdir (WHO, 1989).

Yaşlılar, daha yavaş öğrenirler. Daha yavaş bir hızda bilgi işlemeye ek olarak, reaksiyon ve tepki süresi, 65 yaşından sonra önemli ölçüde artmaktadır. Yaşlı yetişkinler, belirli zaman kısıtlamaları altında yapılması gereken karmaşık psikomotor faaliyetleri öğrenirken dezavan-

tajlıdır. Yaşlı bir yetişkin yeni bir beceri sergilemede acele, başarısızlık ve utanç korkusuyla gerçekleştirme için kaygı, hayal kırıklığı ve isteksizlik yaşayabilir. Öğretim tempolu, yavaş ve programlı olmalıdır (WHO, 1989).

Yaşlılarda sağlık okuryazarlığı düzeyi Avrupa'da yapılan bir çalışmada genel popülasyondan daha düşük çıkmıştır. Genel popülasyonda sınırlı (sorunlu ve yetersiz) sağlık okuryazarlığı %47 iken, 76 yaş ve üzerinde %61'dir (CHLS-EU Consortium, 2012; WHO, 2013). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da TSOY-32 ölçeğine göre, genel popülasyonda sınırlı (sorunlu ve yetersiz) sağlık okuryazarlığı %73 iken, 65 yaş üstü bireylerde ise bu düzey %94,3 çıkmıştır (Ozkan, 2016).

Sağlık Okuryazarlığı Üzerindeki Yaşlanma Etkenleri

Çeşitli fiziksel ve/veya psikolojik faktörler, yaşlı erişkinlerin bilgileri işleyebilme, öğrenmeyi gösterme veya hedef davranışları benimseme kabiliyetini düşürür. Görme, işitme bozuklukları (seslerinin tonunu düşürmeye, açıkça ve yavaş konuşmaya odaklanmayı gerektirir), kas-iskelet sistemi, motor fonksiyonlar sağlık okuryazarlığının düşmesine neden olur. Yaşlılıkla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşme nedenleri şöyle gruplandırılabilir:

- Fiziksel (bilgiyi işleme kapasitesinin azalması, demans ve bilişsel bozukluklar, kronik hastalıklarda artış, kötüleşen fiziksel ve ruhsal sağlık, görsel ve işitsel duylarda zayıflama)
- Sosyal-kültürel (sosyal etkileşimin azalması, sosyal destek ağlarının azalması)
- Sosyo-ekonomik (emeklilikle birlikte azalan gelire bağlı olarak yaşlıların yoksullaşmaları, yaşlı bireylerin toplumsal yaşamdan uzaklaşmaları ve sağlıkla ilgili bilgi ağlarına da kapalı olmaları)
- Çevre, yakınındaki bireyler (Yaşayan çevre nedir? Yardıma ihtiyacı olduğunda kişi kime başvuruyor? Yaşlı bir yetişkin durumunu yönetmek için gereken kendi kendine yardım ekipmanını alabilir mi?)

Yaşlılar arasında düşük sağlık okuryazarlığı;

- hastanede kalma süresini ve acil durum vakalarını artırma
- kronik hastalıkların idame edilememesi
- mortalitenin artması
- sağlık hizmetlerine zamanında ulaşamama
- aşı ve tarama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma
- korku ve şaşkınlık yaratarak bireyleri tedavi aramaktan alıkoyma
- bireylerin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranları üzerinde etkili olma
- yaşlı bireyin maruz kaldığı şiddet, taciz ve suiistimalin farkına varılması, gerekli önlemlerin alınması, bireysel ve hukuksal yollara başvuru yapılması için gerekli uygulamaların yapılamaması

gibi sonuçlara neden olmaktadır.

Yanlış bilgilendirilmiş sağlık bilgisi ve ardından tedaviye uyumsuzluk yoluyla gereksiz sağlık masrafları artmaktadır. Yaşlı erişkinlerde sağlık okuryazarlığını artırmak bir halk sağlığı zorunluluğudur. Yaşlı yetişkinlerin sağlık bilgilerini anlayabileceği ve kullanabileceği şekilde iletişim kurmak, profesyonel, ahlaki ve hukuki bir sorumluluktur. Ancak birçok sağlık personeli, yaşlı hastanın özel öğrenme ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılamak üzere rutin hasta eğitimi stratejilerini uyarlamak için gerekli olan bilgi ve beceriden yoksundur (WHO, 1989; Mark, DO, FACOPF, 2009).

Sağlık Okuryazarlığı Düşük Yaşlı Bireylere Yaklaşım

Yetersiz sağlık okuryazarlığı toplumun tüm kesimlerini etkilemekle birlikte özellikle yaşlıları daha fazla etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığını artırmak ve sağlığı olumlu etkilemek çok sektörlü bir çalışma olup her paydaşa görevler düşmektedir. Sağlık okuryazarlığını artırmayı hedefleyen eğitim programları (yaşa uygun), farkındalığı artırıcı kampanyalar, yaşlıların sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçlenmeleri, paydaşlarla sosyal sorumluluk projeleri, bilgiye dayalı karar verebilme yetisini geliştirme, fiziksel, ruhsal ve sosyal katılımı teşvik etme ve aktif yaşlanma için kapasite geliştirme gibi faaliyetler çok paydaşlı olarak yürütülmelidir (WHO, 1989; Mark, DO, FACOPF, 2009; Speros, 2009).

Avrupa Komisyonu'nun yaşlı bireyler için hazırladığı sağlık okuryazarlığı eğitim programı; etkili iletişim becerileri, yaşlıların aktif ya da pasif olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, hasta haklarını ve sorumluluklarını öğrenmeleri, şikâyet mekanizmalarının farkında olmaları, bilgilendirilmiş onam hakkında bilgi sahibi olmaları gibi konuları içermektedir (Mark, DO, FACOPF, 2009; Speros, 2009). Özellikle sağlık personelinin başvuruların genel okuryazarlıklarını artırmak için yapabilecekleri az olsa da bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlamalarını artırmak için kullanabilecekleri yöntemler vardır. İletişimde kolay anlaşılır bir dil kullanarak, hasta dostu yazılı materyaller hazırlayıp kullanarak, verdiği bilgileri hastaların anlayıp anlamadığını kontrol ederek hastalar için daha etkili olabilirler (Weiss, 2009; Osborne, 2015).

Yaşlı bireylerle iletişimi geliştirme adımları

Sağlık okuryazarlığı ve iletişim uzmanlarının genel görüşüne göre bireylerle iletişimi geliştirmede altı basamak vardır (Weiss, 2009):

Sağlık okuryazarlığı düşük bireylerle iletişimi geliştiren altı adım

1. Yavaşla.

İletişim yavaş konuşarak ve her hastaya çok az daha fazla zaman ayırarak geliştirilebilir.

2. Yalın ve tıbbi olmayan bir dil kullan.

Hastalara yaptığınız açıklamaları sanki bu açıklamaları büyükannenize yapıyormuş gibi yapın.

3. Resim göster ya da resim çiz.

Görsel şekiller hastaların hatırlamasını artırabilir.

4. Verdiğin bilginin miktarını sınırla ve onu tekrar et.

Bilgi en iyi sadece yapılması gerekenleri içerecek şekilde küçük miktarlarda verilince hatırlanır. Tekrar etmek hatırlamayı artırır.

5. Geri öğretme (teach-back) yöntemini kullan.

Hastanın anladığını "söylediklerimi tekrarlar mısın" diye sorarak doğrulama.

6. Çekinilmeyecek bir ortam yarat: Soru sormaya cesaretlendir.

Hastaların soru sorma rahatlığını hissetmelerini sağla. Anlamayı arttırmak için hasta yakınlarının (akraba veya arkadaş) yardımını iste.

Yaşlı yetişkinlere saygı, kabul ve desteği ileten bir yaklaşımla ve yaşa uygun stratejilerle; özellikle sabah saatlerinde, ek süre vererek, geçmiş deneyimleriyle destekleyerek, günlük faaliyetleri, sosyal yapısı ve fiziksel işlevleriyle ilişkilendirerek, yazılı materyal ve somut terimler kullanarak, yerinde tekrar yaparak ve bir aile üyesini veya güvenilir bir arkadaşını yanına alarak iletişime özen göstermek gereklidir (Mark, DO, FACOPP, 2009; Speros, 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bütün dünyada yaşlı nüfusundaki artış ve gelişen sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarla birlikte Türkiye’de de bu çalışmalara başlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile "Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programı"nın ön çalışması Ankara’da bir bölgede yapılmıştır. Bu kapsamda ihtiyaç saptama çalışmaları üç aşamada yapılmıştır:

- I. Toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini saptama
- II. Toplumun sağlık okuryazarlığına yaklaşımlarını değerlendirme
- III. Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı konusunda bilgi-tutum ve davranışlarını saptama

Daha sonra sağlık personeline yönelik eğitim programı geliştirilmiştir. Eğitici eğitimi, web tabanlı ve yüzyüze eğitim programlarının uygulanması ve eğitim programının değerlendirilmesi yapılmıştır.

2017 yılında da eğitim programının yeniden düzenlenmesi ve tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması çalışmaları başlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı konusunda etkili tüm paydaşlarda tutum ve davranış değişimi için, tüm sağlık personelinin konunun önemini farkında olması, doğru ve birçok kaynaktan toplumun farkındalığının artırılması (kamu-özel sektörlerle, değişik duyulara, algılama stillerine hitap eden yöntemlerle) çalışmaları çok önemlidir ve devam etmelidir. Aktif yaşlanma süreci için, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarı olmaları gerekir ■

KAYNAKLAR

- Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Finlay C., Wilson, DH. (2009). Risks Associated with Low Functional Health Literacy in an Australian. *The Medical Journal of Australia*, 191(10): 530–534.
- HLS-EU Consortium, (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht, (<http://www.health-literacy.eu>, erişim 9 Mart 2017).
- Mark, L., DO, FACOFF. (2009) Health literacy and the elderly, *Osteopathic Family Physician* 1, 64-69
- Osborne H. (2015) *Health Literacy from A to Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message*. 2nd Edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. ISBN-13: 978-1449600532
- Ozkan S, AU, H, K. (2016) Prevalence and determiners of health literacy in Turkey, *Eur J Public Health*. 26 (suppl_1): ckw175.072.DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw175.072>.
- Sezgin D. (2013) Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Sağlık İletişimi Özel Sayısı, 53-72.
- Speros, C. I. DNSc, APRN, ANP/FNP-BC. (2009) More than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults, Speros, C. I., (Sept. 30) "More than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 14, No. 3.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-627-0 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1054, Ankara
- TÜİK. (2016). <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>. Sayı: 21520. Erişim:17 Mart 2016.
- U.S. Department of Education NCES. (2006) The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy, 2006–483, Sep.
- Weiss, B. D. MD. (2009) Removing barriers to better, safer care: Health literacy and patient safety: Help patients understand; Manual for clinicians, American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- WHO. (1989) *Health of the elderly*, Technical Report Series 779, Geneva.
- WHO. (2013). *Health literacy The solid facts*, WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, ISBN: 978 92 890 00154.





OBEZİTE, TÜM YAŞ
GRUPLARINDA HIZLA
ARTAN VE GİDEREK
KÜRESEL BİR EPİDEMİ
HALİNE GELEN ÖNEMLİ
BİR SAĞLIK SORUNUDUR.

OBEZİTE: SAĞLIKLI BESLENME KÜLTÜRÜ VE FİZİKSEL AKTİVİTE



Doç. Dr. Alev KESER

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

GİRİŞ

Günümüzde tarımsal ve endüstriyel alandaki teknolojik gelişmeler dünya genelinde enerji, doymuş yağ, rafine şeker ve tuz içeriği yüksek besinlerin üretiminin artmasına neden olmuştur. Bu yiyeceklere erişimin kolaylaşması ve buna ek olarak fiziksel aktivite düzeyinin azalması sağlıksız bir yaşam biçiminin benimsenmesini beraberinde getirmiştir. Bu nedenle modern toplum, sağlıksız beslenme ve düşük fiziksel aktivitenin bir sonucu olarak fazla kiloluluk ve obezite ile karşı karşıya kalmıştır. Vücutta sağlığı bozabilecek ölçüde anormal veya fazla miktarda yağ depolanması olarak tanımlanan obezite, tüm yaş gruplarında hızla artan ve giderek küresel bir epidemi haline gelen önemli bir sağlık sorunudur. Genç yaştaki bireyler ile karşılaştırıldığında obezitenin morbidite ve mortalite üzerine farklı etkilerinin olması nedeniyle bu soruna yaşlılık döneminde de dikkat edilmesi önemli bir gerekliliktir. Derleme olarak planlanan bu çalışmada, obezojenik çevre bağlamında obezitenin nedenlerini, çözüm önerilerini ve beslenme ile egzersizin sağlıklı yaşlanma üzerindeki etkisini incelemek ve tartışmak amaçlanmıştır.

OBEZİTE SORUNU

Obezite en basit tanımıyla yağ miktarının adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde birikmesidir. Obezitenin saptanmasında farklı yöntemler kullanılmakla birlikte pratik ve ekonomik olması nedeniyle en fazla tercih edilen yöntem beden kütle indeksinin hesaplanmasıdır. Vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesi ile hesaplanan beden kütle indeksinin (BKİ) 18,5-24,9 kg/m² arasında olması normal vücut ağırlığına sahip olduğunu göstermektedir. BKİ'nin 25-29,9 kg/m² olması fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzerinde olması ise obez olarak sınıflandırılmaktadır. Günümüzde yaşlı bireyler için de aynı değerlendirme kullanılmakla birlikte BKİ aralıklarının yaşlılar için fazla sınırlayıcı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerde obezitenin tanımlanmasında, sağlık sorunları riskinin başladığı ağırlığın temel alınması gerektiği önerilmektedir.

Türkiye'yi de kapsayacak biçimde son yıllarda küresel boyut kazanmasına paralel olarak obezite, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/WHO, 2016a) 2014 yılında 18 yaş ve üzeri 1,9 milyar yetişkinin fazla kilolu ve bunların 600 milyonunun obez olduğunu bildirmiştir. Bu rakamlara göre dünya nüfusunun %39'u fazla kilolu ve obez olup bunların %13'ü obezdir. Ülkemizde yaşlı bireylerde obezite prevalansı genç yaştaakilere kıyasla daha fazladır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010 raporuna göre 65 yaş ve üzeri erkeklerde obezite sıklığı %24,7, kadınlarda %49,1 olmak üzere genelde %37,6'dır. Bu rakamlar 19-64 yaş arası erkeklerde %19,3, kadınlarda %33,8 ve genelde %26,1'dir. Ülkemizde 20 yaş ve üzerinde olan bireyleri kapsayan, ilki 1998 yılında ikincisi 2010 yılında yapılmış Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans-I (TURDEP-I) ve TURDEP-II çalışmaları karşılaştırıldığında 12 yılda normal kilolu olanların oranı %41'den %26'ya düşmüştür. Fazla kiloluluk ve obezite, gelişmiş ülkelerin sorunu gibi görünse de düşük ve orta gelirli ülkelerin özellikle kentsel alanlarında bu oran gün geçtikçe artmaktadır.

Diğer taraftan obezite sadece yetişkinleri ve yaşlıları değil çocukları ve adölesanları da etkilemektedir. WHO (2016b) verilerine göre 1998 yılında %4 olan 5 yaş altı fazla kilolu çocuk oranı 2004 yılında %9,1'e ve 2013 yılında %10,9'a yükselmiştir. Beş yaş altı 41 milyon çocuğun 2014 yılında fazla kilolu veya obez olduğu belirlenmiştir. TBSA-2010 raporuna göre 0-5 yaş aralığında fazla kilolu olanların oranı %17,9; obez olanların oranı %8,5 iken 6-18 yaş aralığında fazla kilolu olanların oranı %14,3; obez olanların oranı ise %8,2 olarak bulunmuştur. Bu durum endişe vericidir. Çünkü yetişkin dönemde görülen pek çok hastalığın başlangıcı çocukluk yaşlarına uzanmaktadır. Obez çocuklar ileride obez adölesanlar, obez yetişkinler ve obez yaşlılar olabilmektedir. Retrospektif çalışmalar obez çocukların 1/3'ünün, obez

adölesanların ise %80'inin erişkin yaşa ulaştıklarında obez kaldıklarını göstermiştir. Diğer yandan erişkin yaşta görülen obezite vakalarının %30'unun çocukluk döneminde de obez oldukları belirtilmiştir. Okul öncesi yaşlarda obez olan çocukların % 26-41'inin, okul çağında obez olanların ise %42-63'ünün erişkin yaşta obez kalmaya devam ettiği bulunmuştur. Bu istatistikler ve nedenler ile halk sağlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve ülke ekonomisinin kalkınması için obezitenin önlenmesine yönelik yapılacak tüm girişimlerin çocukluk çağından itibaren başlaması önemli bir gerekliliktir.

Obezitenin Komplikasyonları

Obezite, birçok etken tarafından yönlendirilen, birçok etkene yön veren, hem fizyolojik hem de psikolojik olarak bireyin hayatını olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Yaşlılarda obezite; miyokardiyal enfarktüsü, inme, hipertansiyon ve osteoartrit için risk faktörüdür. Aynı zamanda obezite, genellikle insülin direnci etrafında gelişen birçok metabolik komplikasyona neden olabilmektedir. Bozulmuş glikoz regülasyonu bu komplikasyonların en önemlilerinden biridir ve tip 2 diyabetin ve metabolik sendromun gelişmesine neden olur. Obstrüktif uyku apnesi ve reaktif solunum yolu hastalıklarını içeren pulmoner rahatsızlıklar obez bireylerde daha sık görülmekte ve obezite derecesi arttıkça hastalığın görülme oranı da artmaktadır.

Bununla birlikte obezite; meme, kolorektal, endometrial, karaciğer ve böbrek kanseri gibi birçok kanser türünün gelişme riskini de artırabilmektedir. Obezitede ter ve deri sekresyonlarının artmasına bağlı olarak mantar ve bakteriyel deri enfeksiyonları daha sık görülür. Ayrıca artan yağ kütlesi kemik iliği lezyonlarına neden olarak kemik sağlığı üzerine olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Buna bağlı olarak obezite, özellikle yaşlılarda hareket kabiliyetini azaltır, düşme olaylarını takiben kırıklarda artışa da neden olur.

Obezite pek çok hastalıkla olan ilişkisinin yanı sıra yaşlılarda, yaşam kalitesinde azalmaya ve yeti yitimine yol açmaktadır. Ayrıca obezitenin bilişsel işlevlerde azalma ve Alzheimer hastalığı ile ilişkisini gösteren çalışmalar da vardır. Buna ek olarak özellikle 65 yaş üstü bireylerde obezite ile mortalitenin ilişkisi oldukça karmaşıktır. Çeşitli çalışmalarda bu yaş grubunda hafif kilolu olmanın mortaliteyi azalttığı veya mortalite ile arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu durum "obezite paradoksu" olarak adlandırılmaktadır. Obezite paradoksu, yaşlılarda kırılmanın başlıca bulgusu olan sarkopeninin olumsuz sonuçları ile açıklanabilmektedir. Kırılmanın başlıca bulgusu ağırlık kaybı olmakla birlikte buradaki temel sorun kas kütlesinin kaybıdır. Buradan hareketle BKİ'ye göre obez olan bireylerde de kırılabilirlik olabilir. Bu nedenle yaşlılarda obezitenin tedavisinde ağırlık kaybından çok, yağsız vücut kütlesinin korunması hedeflenmelidir.

Obezitenin Gelişiminde Etkili Olan Faktörler: Obezogenik Çevre

Obezite; sosyal, ekonomik, davranışsal, biyolojik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesine bağlı olarak ortaya çıkabilen multifaktöriyel bir hastalıktır. Son dönemde obezite salgınının, aşırı besin tüketimine teşvik eden ve fiziksel aktiviteyi sınırlayan “obezogenik” olarak adlandırılan bir çevre nedeniyle olduğu görüşü benimsenmektedir. Obezogenik çevre, enerji içeriği yüksek besin tüketiminin ve ekran karşısında harcanan sürenin artmasına, fiziksel aktivite düzeyinin ise azalmasına neden olarak pozitif enerji dengesi sağlayabilmektedir. Böylece obezitenin gelişmesine ortam hazırlamaktadır. Pozitif enerji dengesine en fazla katkı sağlayan faktörlerden biri televizyon karşısında harcanan sürenin artmasıdır. Televizyon izlemek sedanter yaşam tarzına neden olmakla birlikte yağ ve şeker içeriği yüksek besin tüketimini de artırabilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, en çok izlenen dört kanalda çıkan reklamların hafta içi ve hafta sonu olmak üzere toplam dört gün kaydedilmesi sonucunda tüm reklamların %32,1’inin yiyecek reklamı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bu reklamların %81’inin yüksek miktarda enerji, yağ ve şeker içeriği yüksek sağlıksız yiyecek reklamları olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu reklamların %30’unun görsel-işitsel teknikler kullanma yoluyla çocukları hedef aldığı belirtilmiştir. Yapılan başka bir araştırmada çocuklara yönelik üç televizyon kanalının 41,5 saat kaydedilmesi sonucu bu kanallarda verilen 337 reklamın 124’ünü (%33,4) yiyecek ve içecek reklamlarının oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca bu yiyecek ve içeceklerin büyük çoğunluğunun tuzlu ve şekerli ürün reklamları olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada 11 ülkede en çok izlenen üç çocuk kanalı hafta içi ve hafta sonu olmak üzere toplam dört gün takip edilmiş ve bu kanallarda yayınlanan reklamların %11-29’unu yiyecek reklamlarının oluşturduğu saptanmıştır. Bunların büyük bir kısmının da marketlerde satılan besin değeri düşük; şeker, yağ ve tuz içeriği yüksek olan sağlıksız ürünler olduğu saptanmıştır.

Bu besinlere özellikle çocukların maruz bırakılması bir tesadüf değildir. Çünkü son dönemde bu besinlerin madde bağımlılığı gibi “kompulsif” bir şekilde tüketilmesinin obezite ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Madde bağımlılığı ile ileri derecede işlenmiş besinlerin aşırı tüketimi arasında nörobiyolojik ve davranışsal benzerlikler olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle sebze, meyve, yağsız et gibi besinlere kıyasla tuzlu, yağlı, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin daha yüksek bağımlılık potansiyeline sahip olduğu ileri sürülmektedir. Besinlerin lezzetleri, tatlarının yoğunluğu, kokulan gibi duyuyla ilgili faktörler, besinlerin ödül olarak algılanmasına neden olabilmektedir. Besinlerle uyarılan bu duyu-lar hipotalamustaki kortikolimbik sistemin çeşitli bölümlerinde işlenmektedir. Bu sistem ve çevresindeki “nöronal devreler” bir tür “haz yolağı” olarak adlandırılabilir. Yağ ve/veya şeker

içeriği yüksek besinler "kortikolimbik" sistemi güçlü bir şekilde uyararak bu tür besinlerin yeniden arzulanmasını sağlamaktadır. Bu durum enerji merkezinde besinlerin ödül olarak algılanmasına, doyulsa bile besinlere olan arzunun sürmesine neden olmaktadır. Obez kişilerde besin bağımlılığının sıkça görülmesi, obezite gelişiminde besin bağımlılığının da etkisi olabileceğini akla getirmektedir. Bununla birlikte aşırı yemek yemek, hem psikolojik hem de fizyolojik nedenlerden kaynaklanan bir bağımlılık olarak kabul edilmekte ve obezitenin bir tür yeme bağımlılığı olduğu ileri sürülmektedir.

SAĞLIKLI BESLENME KÜLTÜRÜ ve FİZİKSEL AKTİVİTE

Yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde etkili olan davranışların başında "yeterli ve dengeli beslenme" gelmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme diğer bir ifadeyle sağlıklı beslenme; vücudun gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerinin dengeli oranlarda ve yeterli miktarlarda alınmasıdır. Sağlıklı beslenme her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılarda da önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı beslenme; bağışıklık sisteminin güçlenmesinde, hastalıklara direncin, fiziksel ve mental gelişimin, kronik hastalığı yönetebilme becerisinin artmasında önemli rol oynar. Beslenme bilimleri 21. yüzyılda yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak için sağlıklı yaşam biçimi üzerine odaklanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi; yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite yapma, sigarayı bırakma gibi davranışların hayata geçirilmesini ifade eder. Ayrıca mevcut yaşam kalitesini bozan beslenme sorunlarının en aza indirilmesi, diyetle bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzenlenmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Optimal beslenmede maksimum iyi hal/sağlık, minimum hastalık riski hedeflenmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi yaklaşımının bireylerde ve toplumda farkındalığının artırılması ve kolay anlaşılır olması amacıyla "besin gruplarına göre tabak modeli" geliştirilmiştir (Şekil 1). Tabakta beş besin grubu yer almaktadır. Besin grupları, besinlerin içerdikleri enerji ve besin öğelerine göre oluşturulmuştur. Tabakta sırasıyla i) süt ve ürünleri grubu (yoğurt, ayran, peynir vb.), ii) et ve ürünleri, tavuk, balık, yumurta ve kurubaklagiller ile yağlı tohumlar grubu (ceviz, fındık, badem vd.), iii) taze sebzeler grubu, iv) taze meyveler grubu, v) ekmek ve tahıllar grubu (bulgur, pirinç, makarna vd.) görülmektedir. Besin gruplarında yer alan besinlerden sağlıklı seçim yapılabilmesi için besinlerin renk çeşitliliği, yapısal özellikleri, bireyin sağlık ve hastalık durumu, yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivite düzeyi ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca besinlerin posa, yağ, tuz ve eklenmiş şeker içerikleri dikkate alınarak seçimler yapılmalıdır. Yaşlılarda uygun beslenme planlarının geliştirilmesinde yetişkinlerden farklı ola-

rak besin alımını etkileyebilecek faktörlere de dikkat edilmelidir. Yaşlılarda görme kaybı ile tat ve koku almadaki azalma besin seçimini sınırlandırır. Hedef, her öğünde tabakta yer alan her besin grubundan bir besinin tüketilmesidir. Şekil 1’de de görüldüğü üzere günlük beslenmede önerilen su tüketiminin sağlanması, zeytinyağının yer alması ve aktif yaşamın desteklenmesi sağlıklı yaşam biçiminin tamamlayıcısı olarak önem taşımaktadır.

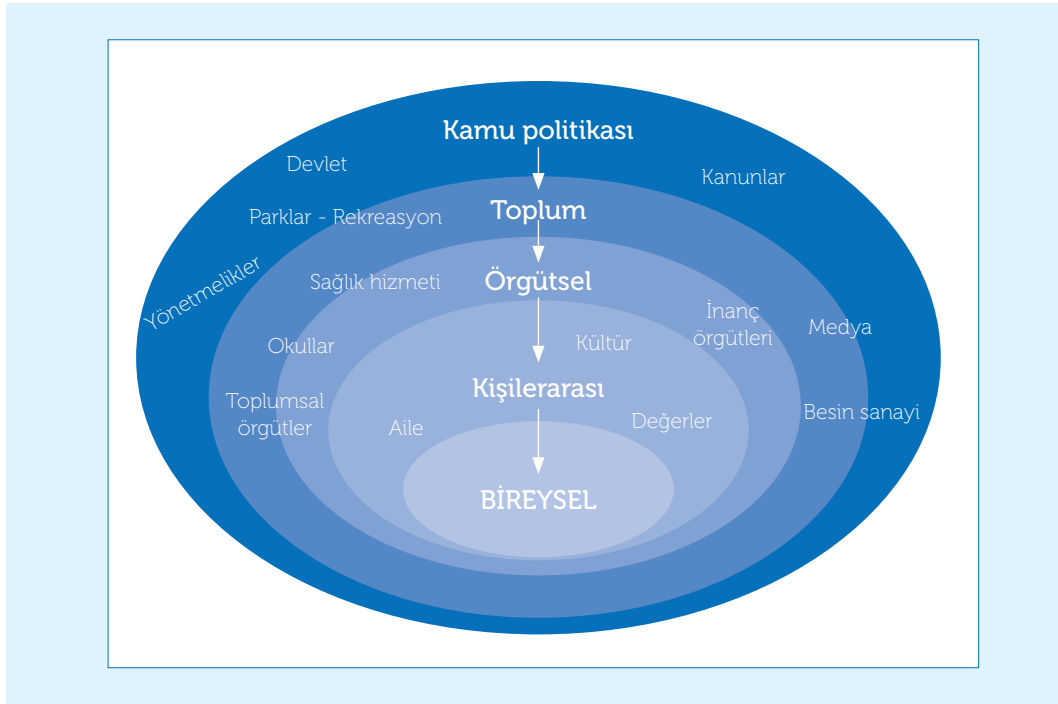
Şekil 1: Sağlıklı beslenme tabağı (TÜBER, 2015).



Sağlıklı yaşam biçimi, sağlıklı beslenme ile birlikte düzenli fiziksel aktivitenin yapılmasını gerektirir. Yaşlı bireyin fiziksel kapasitesine uygun aktivite programı (yürüyüş, su egzersizleri, hafif aktiviteler vb.) hazırlanmalıdır. Yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmak hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, çeşitli kanser türleri ve depresyon gelişme riskini azaltır. Solunum kapasitesini, kas kütlesini ve kardiyorespiratuar zindeliği artırır. Kemikleri ve sağlık fonksiyonlarını geliştirir. Öğün planına uyumu kolaylaştırır. Düşme riskini ve buna bağlı kalça-omurga kırıklarını azaltır. Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve vücut ağırlığının kontrolüne katkıda bulunur. Egzersiz yapmasında bir sakınca olmayan ≥ 65 yaş bireyler için haftada ≥ 3 kez, en az 30 dakika (en az 150 dakika/hafta), orta şiddette aerobik egzersiz, ardışık olmayan günlerde

2-3 kez/hafta direnç egzersizi önerilmektedir. Egzersizin faydalı etkilerinden yararlanabilmek için egzersize 2 günden fazla ara verilmemelidir. Ne yazık ki her yaş grubunda fiziksel aktivite düzeyi önerilenin altında olup sedanter bireyler aktif olanlara kıyasla %20-30 oranında daha fazla ölüm riski taşımaktadırlar. Bu nedenle WHO (2017), fiziksel aktivite düzeyinin artırılması için ulusal kılavuzların geliştirilmesi ve uygulanması gerektiğini önermektedir. Fiziksel olarak aktif olmanın yararlarına ilişkin farkındalığı artırmak için kitle iletişim araçları kullanılmalıdır. Fiziksel aktiviteye teşvik eden eylemler izlenmeli ve denetlenmelidir. Bu girişimlerin gerçekleştirilmesi ise tüm sorumlu paydaşların katılımını gerektirir. Bu bağlamda obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesi önemlidir. Bu yaklaşımı temel alan sosyo-ekolojik çerçeve, özellikle obezitenin önlenmesinde bireysel ya da herhangi bir yaşam dönemine odaklanılmaması gerektiğini öne sürer. Bu yaklaşıma göre birey, çevresi içerisinde değerlendirilmelidir. Çünkü bireyin sağlık davranışları; bireylerden, toplumsal örgütlerden, medyadan, kamu politikalarından etkilenmektedir. Bu nedenle obezitenin önlenmesi, mikrodan makro düzeye uzanan risk faktörlerine odaklanmayı gerektirir (Şekil 2). Sonuç olarak bireylerin sağlık durumları göz önüne alınarak sorumlu tüm paydaşların işbirliği ile her yaş grubuna yönelik etkili ve sürdürülebilir sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Şekil 2: Obezitenin önlenmesinde sosyo-ekolojik çerçeve (Caprio vd., 2008)



SONUÇ ve ÖNERİLER

Obezite her yaş grubunda önemli komplikasyonlara neden olabilen ve giderek yaygınlaşan bir sağlık sorunudur. Obezitenin oluşumunda rolü olan sedanter yaşam tarzının ve sağlıklı olmayan diyet örüntülerinin benimsenmesi büyük ölçüde çevresel ve sosyal değişimlerin bir sonucudur. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde yeterli ve dengeli beslenmek ve düzenli egzersiz yapmak temel faktördür. Her yaş grubunda uygun beslenmenin ve düzenli fiziksel aktivitenin sağlanmasının, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir. Bu nedenle bebeklik döneminden yaşlılığın son evresine kadar sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesine yönelik etkili, uygulanabilir ve sürdürülebilir girişimler önerilebilir ■

KAYNAKLAR

- American Institute for Cancer Research/AICR (2007). Food, nutrition and physical activity, and the prevention of cancer. Erişim adresi: [http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf]. Erişim Tarihi: 30/08/2016.
- Avena N. M., Gold M. S. (2011). Food and addiction-sugars, fats and hedonic overeating. *Addiction*, 106(7), 1213-1220.
- Avena N. M., Rada P., Hoebel B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20-39.
- Brennan S. L., Cicuttini F. M., Pasco J. A., Henry M. J., Wang Y., Kotowicz M. A., Nicholson G. C., Wluka A. E. (2010). Does an increase in body mass index over 10 years affect knee structure in a population-based cohort study of adult women? *Arthritis Research & Therapy*, 12(4), 1-7.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1-5.
- Caprio S., Daniels S. R., Drewnowski A., Kaufman F. R., Palinkas L. A., Rosenbloom A. L., Schwimmer J. B., Kirkman, M. S. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Obesity*, 16(12), 2566-2577.
- Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N., Lindeberg, S., Watkins, B. A., O'Keefe, J. H. & Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the western diet: Health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81 (2), 341-354.
- Dore D., De Hoog J., Gile G., Ding C., Cicuttini F., Jones G. (2012). A longitudinal study of the association between dietary factors, serum lipids, and bone marrow lesions of the knee. *Arthritis Research & Therapy*, 14(1), 1-10.
- Galcheva S. V., Iotova V. M., Stratev V. K. (2008). Television food advertising directed towards Bulgarian children. *Archives of Disease in Childhood*, 93(10), 857-861.
- Gearhardt A. N., Boswell R. G., White M. A. (2014). The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3), 427-433.
- Gearhardt A. N., Grilo C. M., Dileone R. J., Brownell K. D., Potenza M. N. (2011). Can food be addictive? Public health and policy implications. *Addiction*, 106(7), 1208-1212.
- Gilliland F. D., Berhane K., Islam T., McConnell R., GAuderman W. J., Gilliland S. S., Avol E., peters J. M. (2003). Obesity and the risk of newly diagnosed asthma in school-age children. *American Journal of Epidemiology*, 158, 406-415.
- Guran T., Turan S., Akcay T., Değirmenci F., Avcı O., Asan A., Erdil E., Majid A., Bereket A. (2010). Content analysis of food advertising in Turkish television. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 46(7-8), 427-430.
- Hone-Blanchet A., Fecteau S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*, 85,81-90.

- Kelly B., Halford J. C. G., Boyland E. J., Chapman K., Bautista-Castano I., Berg C., et al. (2010). Television food advertising to children: a global perspective. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1730-1736.
- Kenny P. J. (2011). Reward mechanisms in obesity: new insights and future directions. *Neuron*, 69(4), 664-679.
- Keser A (2016). Çocukluk çağı obezitesinin etyolojisinde 'besin bağımlılığı'. *e-SAĞLIK Beslenme ve Diyetetik Dergisi*, 1(3), 32-39.
- Laberge M. A., Baum T., Virayavanich W., Nardo L., Nevitt M. C., Lynch J., et al. (2012). Obesity increases the prevalence and severity of focal knee abnormalities diagnosed using 3T MRI in middle-aged subjects-data from the Osteoarthritis Initiative. *Skeletal Radiology*, 41(6), 633-641.
- Murphy C. M., Stojek M. K., Mackillop J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*, 73, 45-50.
- Osher E., Stern N. (2009). Obesity in elderly subjects. *Diabetes Care*, 32(suppl 2), 398-402.
- Pedersen S. D. (2013). Metabolic complications of obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 179-193.
- Pursey K. M., Gearhardt A. N., Burrows T. L. (2016). The relationship between "food addiction" and visceral adiposity in young females. *Physiology & Behavior*, 157, 9-12.
- Robertson W., Murphy M., Johnson R. (2016). Evidence base for the prevention and management of child obesity. *Paediatrics and Child Health*, 26(5), 212-218.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016). Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2014). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010. Erişim Adresi: [http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf]. Erişim Tarihi: 02/01/2017.
- TURDEP- II (2011). Türkiye diyabet hipertansiyon obezite ve endokrinolojik hastalıklar çalışması. Erişim Adresi: http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf. Erişim Tarihi: 18.04.2017.
- World Health Organization/WHO (2016a). Obesity and overweight. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi: 25/08/2016.
- World Health Organization/WHO (2016b). Prevalance of overweight, weight for height (% of children under 5). Erişim Adresi: [<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.OWGH.ZS?locations=TR>]. Erişim tarihi: 14/08/2016.
- World Health Organization/WHO (2016c). Report of the comission on ending childhood obesity. Erişim Adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf]. Erişim tarihi: 25/09/2016.
- World Health Organization/WHO (2017). Physical activity. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>. Erişim tarihi: 23/09/2016.





OTURUM II

YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR İÇİN KORUYUCU- ÖNLEYİCİ VE TEDAVİ HİZMETLERİ-I-

OTURUM BAŞKANI

Prof. Dr. Birkan Sonel Tur, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

KONUŞMACILAR

> Yaş Alırken Eklem Hastalıklarından Korunmak Mümkün mü?

Prof. Dr. Tansu Arasıl
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

> Kalp Damar Hastalıkları: Hipertansiyon, Kolesterol, Koroner Kalp Hastalıkları

Uzm. Dr. Ahmet Yalçın
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Geriatri Bilim Dalı

> Diyabetli Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri: Kendine Yardım Et, Diyabetini Yönet

Öğr. Gör. Aslı Tok Özen
Ankara Üniversitesi Haymana MYO

RTT VE STOLINER AŞLANMA ZİRVESİ 2017



BELLİ YAŞIN ÜZERİNDE
HAFTADA 3 GÜN, 20-30
DAKİKA, TEMPOLU DÜZENLİ
BİR YÜRÜYÜŞ KAS İSKELET
SİSTEMİNİN SAĞLIĞI İÇİN
SON DERECE ÖNEMLİDİR.

YAŞ ALIRKEN EKLEM HASTALIKLARINDAN

KORUNMAK MÜMKÜN MÜ?



Prof. Dr. Tansu Arasıl

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Yaşlanmak ayırım yapmaksızın her canlıda görülen, vücudun tüm işlevlerinde farklı ölçülerde azalmaya yol açan, süregelen ve evrimsel bir dönemdir. Yaşlılık organizmanın molekül, hücre doku ve organlar düzeyinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklerinin görüldüğü, ne yazık ki geri dönüşümsüz sürecidir. Yaşlıların yaklaşık %80'inde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kas iskelet sistemi sorunları, bilişsel sorunlar ya da başka deyişle mental sorunlar, sensöryal bozukluklar, diyabet, inkontinans bunlardan sadece bir kaçısı olarak sayılabilir. Ayrıca Alzheimer, Parkinson ve benzeri nörolojik durumlar da toplumdaki dağılımları, ilişki-risk faktörleri, başlamalarını önleyecek veya geciktirecek ölçütleri için daha fazla bilgi sahibi olunmasını gerektiren durumlardır.

Yaşlılar genel olarak; daha sık hastalanırlar ve daha fazla kronik hastalık ve sorunla birlikte yaşamak zorundadırlar. Birkaç sağlık problemini bir arada çözmeye gayret ederler. Hekime sağlık kurullarına ya da kurumlarına daha sık başvururlar. Aynı zamanda gerektiğinde hastanede yatış süreleri genelde daha uzundur. Tüm bunlara rağmen memnuniyet ölçütleri ise olabildiğince azdır. Yaşlılık kuşkusuz kayıpların yaşandığı bir dönemdir. Fiziksel sağlığın ve

gücün, bedensel zihinsel işlevlerin, sürekli işin kaybı yani emeklilik, çocukların evlenip ya da işleri nedeniyle evden ayrılmaları, ölen bir eş, yakınlar, dostlar yaygın anksiyete bozukluğuna ve tükenmişlik sendromuna yol açar. Kişi duygusal açıdan tükendiğini, kimseye verecek bir şeyinin kalmadığını ya da kimsenin ondan bir şey almak istemediğini varsayar. Kendisini ve işini olumsuz sözcüklerle tanımlar. "Kimse beni takdir etmiyor." diye düşünür. Ancak kendi de pek bir şeyi beğenmez. Mutsuzdur ve çoğu zaman olumsuzdur. Aşırı heyecanlıdır. Huzursuzdur, gergindir. Her şeyin kötüye gideceğini zanneder. Değişimlere tepki duyar ve engel olmaya çalışır. Aşırı öfkeli. Tepkileri yaşlandıkça abartılı hale dönüşür. Bu durum yaşlıların yaklaşık %80'inde görülür. Yaşlının düşünme hızı yavaşlamıştır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker. Karar vermekte zorlanır. Bedensel hastalık kaygıları yoğundur. Kolay yorulma, baş ağrısı, mide-bağırsak sorunları, uyku zorluğu yaşar; ilişkileri bozulmuştur, cinsel ilgi azalmıştır. Yaşlı giderek değersizleştiğini ve işe yaramaz hale geldiğini düşünmeye başlar. Şayet bu durum önlenemez ya da ilerlemesi durdurulamazsa ve tedavi edilemezse birçok olumsuz sonuç ortaya çıkabilir. Oysa ki yaşlanma bir hastalık değil, organizmanın tüm hücre doku ve organlarında fonksiyonların azalmasıyla ortaya çıkan olağan bir süreçtir.

Yaşlanma ile kas iskelet sistemi ile ilgili olarak kemik kütlesinde kayıp, kemik yapısında bozulma, eklem kıkırdağında incelme, bağlarda ve tendonlarda zayıflama ve yırtılma, omurga disklerinde sıvı içeriğinin azalması, aynı içeriğin diğer eklemlerde de azalması, eklemlerin aşınması, iskelet kasının kütlesi ve gücünde azalma görülür. Bu değişiklikler, yaşlanmakta olanlarda ve yaşlılarda bazı hastalıklara yol açar.

Bunlardan en önemlisi ve en sık görüleni halk dilinde kireçlenme olarak tanımlanan osteoartrit-artrozdur. Belli yaş sonrasında kas iskelet sisteminden kaynaklanan ağrının ve özür-lüğün en sık nedenidir. Genetik, yaş, şişmanlık yani obezite, eklem aşırı yük binmesi ve benzeri faktörler bilinen risklerdir. Eklemde genellikle ağrı, tutukluk olur, şişlik vardır. Hareket zorluğu, güçsüzlük, şekil bozulması, güvensizlik, işlev bozukluğu kaybı ortaya çıkar. Osteoartrit genellikle yük taşıyan eklemlerde görülür. Duruşu, yürüyüşü ve fiziksel aktivite düzeyini değiştirir. Omurgada da benzer değişiklikler olur. Osteoartritli bir omurgada osteofitler, disk mesafelerinde daralma ve sinirlere baskı ortaya çıkar. Hastalığı önlemek ve tedavi etmek için iskeleti, eklemleri koruma konularında kişilere gençlik döneminden itibaren eğitim vermek gerekir. İlaç tedavilerinin yanında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, kap-lıca tedavileri yapılabilir. Gerekli durumlarda cerrahi girişimler, protezler de uygulanabilir.

Sarkopeni kas kütlesi kaybı olup çok önemli bir diğer sorundur. Her ne kadar 65 yaş deniyorsa da, yaşlanma süreci genellikle 48-50 yaşından itibaren başlar. Ondan sonrayı yaşlılıkla ilgili sorunların çözülmesi için harcıyoruz. 90'lı yaşlara gelindiğinde kas kütlesinin neredeyse

yanısı kaybedilmektedir. Kol ve bacaklarda kas kütlesi azalır, yağlanma artar. Erkeklerde göbekte, kadınlarda kalça çevresinde yağ depolanır artar. Vücut ağırlığı aynı kalsa bile, belli yaşın üstündekilerde vücudun şekli değişir. Menopoz, antropoz gibi yaş bağımlı değişiklikler, egzersiz ve fiziksel aktivitenin azalması, diyetle yetersiz protein ve enerji alımı, iskelet kaslarında azalmış protein sentezi, kas kütlesinin ve kas gücünün azalmasından sorumlu faktörlerdir. Kas kuvvet kaybı ise hareket kaybına, yürüyüş ve denge bozukluklarına ve düşmelere yol açar. Kas kütlesi kaybı giderek artar ve bir kısır döngü ortaya çıkar. Yaşlı, eskisi gibi yürüyemez. Aslında kas gücünün kaybindan sonra yaşlının mutlaka bir baston, bir yürüteç gibi bir desteğe ihtiyacı olur. Bu olmadığı zaman düşmelerin sıklığı artar ve ardı sıra zayıflamış kemik de eşlik edince kırıklar ortaya çıkar. Kırıklar çok önemlidir. Yaşlılarda kırıklar oluştuktan sonra, özellikle kalça kırıklarından sonraki bir yıl içinde yaşam süresi büyük ölçüde azalıyor. Kalça kırıklarının %30'unda ilk yıl içinde ölüm söz konusu olabilir. Fiziksel egzersizleri uygun biçimde yapmak gerekir.

Ülkemizde giderek artan sayıda güzel parklarımız var. Bu parkların içinde de çok güzel egzersiz aletleri var. Ama başında hiç kimse yok. 15 yaşındaki bir genç kızın kullandığı aleti 80 yaşındaki de kullanmak istiyor. Buna bağlı olarak kas iskelet sistemi sorunlarının düzeleceğine inanıyor. Belli yaşın üzerinde haftada 3 gün, 20-30 dakika, tempolu düzenli bir yürüyüş kas iskelet sisteminin, hatta zihinsel sistemin sağlığı için son derece önemlidir. Yaşlılıktaki düşkünlüğün en önemli nedenlerinden biri kas kütlesinin kaybıdır. Çünkü bağımsızlık azalmakta ya da kaybolmakta, yaşam kalitesi düşmektedir. Bu arada diyetin de bunu desteklemekte çok önemli yeri bulunmaktadır.

Osteoporoz-kemik erimesi ise kemiklerin küçük düşmeler, zorlanmalarla dahi kolayca kırılmasına ve buna bağlı sorunlarla yaşam kalitesinin düşmesine, bağımlılığa hatta ölüme yol açan önemli bir hastalıktır. Egzersizler, yeterli güneş ışığı, kalsiyum, vitamin B, C, D, B12, çeşitli mineraller, omega-3 antioksidan desteği, dengeli beslenme, gereğinde ilaç tedavisi ile kemik yaşlanması azaltılabilir. Özellikle ülkemiz güneşten zengin bir ülkedir, D vitamini açısından bu güneşten yararlanmak gerekir. Önce vitamin D düzeyi bakılarak, şayet düşüğe ilaç formatında D vitamini kullanmak gerekebilir. Ama bunun dışında, orta düzeyde bir düşüklükte haftada 3 gün, saat 12 civarında 10 dakika kadar kollarımızı dirseklerimize kadar, bacaklar da dizlere kadar açılmış şekilde güneşlenme önerilir. Osteoporozda boy yavaş yavaş kısalmakta, sırt kamburlaşmakta, postür değişmektedir.

Dolayısıyla, kas iskelet sistemini erken yaşlardan itibaren düzenli kontrol ettirelim. Koruyucu önlemlere yönelelim. Geriatrideki temel hedefin, kişinin sağlıklı halinin ve fonksiyonel durumunun korunması olması gerektiğini unutmayalım. Toplumlarda yaşlı nüfus oranı giderek artıyor. Aktif, üretken, huzurlu, mutlu, başarılı bir yaşam sürmek için; sağlıklı yaşlanma konu-

sunda bireysel ve toplumsal bilinç geliştirmek için, her kişinin kendine düşen sorumluluğu yerine getirmesi gerekir. Başkaları bana bakar, yani yardımcı sağlıkçı, komşu desteği olur, vs. demek doğru değil, önce kendimiz kendimize saygı duyup, kendimize bakacağız. Sağlıklı yaşlanmak hepimizin hakkı. Yaşadığımız topluma karşı, başta ailemize, evlatlarımıza karşı sorumluluğumuz bu. Türkiye’de ve dünyada doğum hızında azalma var. Kronik hastalıkların tedavisinde büyük gelişmeler oldu. Toplumun demografik özellikleri bunlara dayalı olarak önemli değişiklikler yaşadı. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan var. Avrupa ise en hızlı yaşlanmanın olduğu kıta. Afrika yoksulluk, HIV AİDS nedeniyle en yavaş yaşlanma oranı olan kıta. Dünya Sağlık Örgütü, bu konuda yaşlıların 2/3’nün gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağını, Asya ülkelerinde yaşlı nüfus artışının hızlanacağını -biz de buna dahiliz-, 60 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranla daha hızlı artacağını, 85 yaş üzeri grubun en hızla artan grup olduğunu, 2050 yılında Avrupa’da yaş ortalamasının 60 olmasının beklendiğini bildiriyor. Yaşlıların artan sayıları, toplum sağlığı sistemlerinde tıbbi ve sosyal servislere gereksinimi giderek artırıyor. Yaşlıların uzun süren hastalıkları, azalan yaşam kaliteleri sağlık bakım giderlerini giderek ağırlaştırıyor. Topluma maliyetleri 65 yaşından genç olanlara kıyasla yaşlılarda 5 kat daha fazla. Bu durum ise, ulusal kaynaklarda %25 artışı gerektiriyor.

Biyolojik yaşlanma herkeste farklı nitelikte oluyor. Neye bağlı bu? Tabii ki genetik özelliklere bağlı. Vücudun strese, çeşitli koşullara adaptasyonundaki farklılıklara, hastalıklara, yaşam şeklindeki ve benzer durumlardaki değişikliklere bağlı. Ancak temel amaç, daha kaliteli, daha üretken ve bağımsız yaşamaktır. Yaşlıların sigara, alkol, kötü diyet, az fiziksel aktivite gibi olumsuz alışkanlıkları bırakarak, sağlıklı alışkanlıklar kazanması, düzenli sağlık taramalarının yapılması, pek çok kronik hastalığın riskini azaltacak ve sağlık bakım giderlerini dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir ölçüde azaltabilecektir. Dolayısıyla çeşitli hastalıkların tanısını koyduracak çok yaygın tarama testlerini atlamamak ve mutlaka sağlığını iyi değerlendirmek zorundayız. Ülkemizde yaşlılarda çok fazla ve gereksiz ilaç kullanımı mevcut. Antibiyotiklerin gereksiz kullanımının nelere yol açtığı son günlerde medya vasıtasıyla da anlatılıyor. Analjezikler, antihipertansifler, antikoagülanlar, bronkodilatörler, oral hipoglisemikler, özellikle birlikte kullanıldıkları zaman yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaçlar arasındadır. Çünkü yaşlılarda doku yanıtı değişmekte, tedavilere uyum azalmakta ve yaşlanmaya bağlı kişide farmakolojik ve farmakokinetik bazı değişiklikler olmaktadır. Dolayısıyla yaşlılarda ilaç kullanımına dikkat etmek gerekir.

Ancak kötü sağlık yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değil. Tıbbi bakımın düzelmesi, korunma çalışmaları yaşam beklentisine büyük katkı yapıyor. Yaşlı sağlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması en az tıbbi sorunlar kadar önemli. Geriatri bilimine ilgi ve gereksinim

giderek artmakta. Çünkü yaşlılığa bağlı yeti kayıpları, tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması gibi sorunlar yaşlılıkta hastalıklar ve sıklıkları üzerinde tekrar tekrar düşünmemize yol açıyor. Yaşlı kişi yaşadığı her yerde temel özgürlük hakkına ve insan haklarına sahip olmalı. Yaşlı birey korunması gereken bir birey. Olabildiğince uzun süre kendi ortamında ve güvenli bir çevrede yaşayabilmeli ve yaşlılarla ilgili politikaların oluşturulmasında yaşlıya da yer verilmeli. Huzurevleri ve bakımevleri gibi uzun dönem bakım hizmeti veren kurumlara, ev içi hizmet veren yapılanmalara gereksinim giderek artmakta. Hükümetler de artık bunun büyük ölçüde farkına varmaktalar. Sağlık hizmetlerine ulaşabilme, sağlık güvencesi, nitelikli ve yeterli sağlık hizmeti sağlanması, yaşam süresini biraz daha uzatacak, yaşam kalitesini ise az da olsa artıracak.

Komedyen George Carlin, bazı önerilerde bulunmuş. Zorunlu olmayan sayıları çöpe atın: Yaş, kilo, boy. Doktorunuz düşünsün onları. Bunun için ücret alıyor sizden. Sadece neşeli arkadaşlarınız olsun. Suratsızlar sizi aşağı çeker. Öğrenmeyi sürdürün. Bilgisayar, el sanatları, bahçecilik ne olursa... Beyniniz atıl kalmaz. Atıl kafa iblisin tezgahıdır. İblisin adı ise az önce vurgulandığı gibi Alzheimer'dır. Küçük şeylerden zevk almaya bakın. Sık sık, uzun uzun var gücünüzle gülün. Soluksuz kalıncaya kadar gülün. Gözyaşları olacak. Olacak tabi, herkesin hayatında var. Katlanın, yas tutun, başka yaşantılara geçin. Sevdiklerinizle doldurun çevrenizi. Aile, kedi, köpek, kuş, balık, yadigarlar, müzik, bitkiler, hobiler... Ne olursa. Eviniz sığınagınızdır, unutmayın. Sağlığınızın kıymetini bilin. İyiye üstüne titreyin, bozuksa düzeltmeye çalışın. Kendiniz düzeltemiyorsanız yardım sağlayın. Vicdan azabından uzak durun. Çarşı pazar gezin. Komşu ülkelerde, dış ülkelerde gücünüz yettiğince dolaşın. Ama sakın suçluluk, pişmanlık duygusuna yönelmeyin. Sevdiğiniz insanlara onu sevdiğinizi söyleyin. Her fırsatta. "Bir toplumun kalitesi ve dayanıklılığı yaşlı vatandaşlara gösterilen özen ve saygı ile ölçülür." diyor düşünür. Ve bunlar da benden size katkılar: Yıllar yüzüme yeni izler getirse de, grileşmiş, beyazlaşmış saçlarım olsa da, onları verilmiş bir ayrıcalık olarak görüyorum. Yaşlanırken pozitif düşünmek daha kolay. Mutlu olmayı istemek yeterli bunun için. Hele de torunlarla. Başkalarının ne düşündüğü artık beni çok da ilgilendirmiyor. Kendimi de sorgulamıyorum bu bağlamda. Her sabah iki ayağımın üzerinde kalkabildiğim güzel bir gün için Tanrıya şükrediyorum. Mutlu olmak için kafanızdaki kaygıları atın lütfen. Sadece yaşayın. Özellikle yaşlılar daha çok verin ve daha az verilmesini bekleyin. Gerçekten de bunu eklemek gereğini hissettim. Çok şükür mutluyum ve yaşamı da kendim için bir ayrıcalık olarak görüyorum. Bir kusur, bir hastalık olarak değil. Hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum ■



HİPERTANSİYON
TEDAVİSİNDE; SİGARANIN
BIRAKILMASI, TUZ
KISITLAMASI, OBEZ
HASTALARIN KİLO
VERMESİ VE EGZERSİZ HER
HASTADA UYGULANMASI
GEREKEN YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİDİR.

KALP DAMAR HASTALIKLARI: HİPERTANSİYON, KOLESTEROL, KORONER KALP HASTALIKLARI



Uzm. Dr. Ahmet Yalçın

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı

HİPERTANSİYON

Tanım: Sistolik (büyük) kan basıncının 140 mmHg, diastolik (küçük) kan basıncının ise 90 mmHg'nın üzerinde olmasına hipertansiyon denir (tansiyon yüksekliği). Hipertansiyon (HT) dünyadaki erişkin nüfusun %26,4'ünü etkilemektedir (972 milyon erişkin). Hipertansiyon yılda yaklaşık 7,1 milyon kişinin ölüme sebep olmaktadır. Yaşlılarda sık görülen bir problemdir. >65 yaş kişilerde hipertansiyon sıklığı %60-%80'lere ulaşmaktadır. Yaşlanma ile hipertansiyon gelişme riski artmaktadır. Hipertansiyon olmayan 55-65 yaş arası kişiler de yaşam boyu %90 evre 1 hipertansiyon geliştirme riskine sahiptir. Hipertansiyon oluşumunu kolaylaştıran faktörler; kalıtım, aşırı tuz kullanma, yaş, ırk (siyah ırk) cinsiyet ve strestir. Hipertansiyon oluşumunu kolaylaştıran faktörler; serum, kolesterol yüksekliği, sigara, diyabet ve obezitedir. Hipertansiyonun belirti ve bulguları baş ağrısı, baş dönmesi olabileceği gibi hiçbir yakınma da olmayabilir. Hipertansiyon sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: HT Sınıflandırması

Kategori	Sistolik kan basıncı		Diyastolik kan basıncı
Normal	< 120 mmHg	ve	< 80 mmHg
Prehipertansif	120-139 mmHg	veya	80-90 mmHg
Evre 1 HT	140-159 mmHg	veya	90-99 mmHg
Evre 2 HT	> 160 mmHg	veya	> 100 mmHg

İzole sistolik hipertansiyon (İSH): Yaşlılarda en sık görülen hipertansiyon tipidir. 60 yaşından sonra sistolik kan basıncı (SKB) (büyük tansiyon) artmakta, diyastolik kan basıncı (DKB) (küçük tansiyon) değişmemekte veya azalmaktadır. Yaşlanma ile ortaya çıkan başta aorta olmak üzere büyük arterlerde ortaya çıkan elastikiyet kaybı ile ilişkilidir. SKB>140 mmHg ve DKB<90 mmHg olmasıdır. İSH sonucunda kalp krizi, böbrek yetmezliği, felç ve kalp yetmezliği olur. Hipertansiyon tanısında ofis kan basıncı ölçümü, 24 saatlik tansiyon holter, evde takip kullanılır. Yaştan bağımsız olarak hipertansiyon olan tüm hastalar tedavi edilmelidir. Birçok çalışmada, 80 yaş üstü hastalar dahil, hipertansiyon tedavisinin faydası kanıtlanmıştır. Hatta bazı çalışmalarda tedavinin faydasının yaşlı hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur. 60 yaş üstü kişilerde kan basıncı hedefi, diyabet veya kronik böbrek hastalığı yoksa tedaviye başlama sınırı 150/90 mmHg'dir. Diyabet veya kronik böbrek hastalığı olanlarda ise hedef 140/90 mmHg'dir. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri her hastada uygulanmalıdır. Sigaranın bırakılması, tuz kısıtlaması, obez hastaların kilo vermesi ve egzersiz; uygulanması gereken yaşam tarzı değişiklikleridir. Yaşlı hastalar da genç hastalar kadar yaşam tarzı değişikliklerine yeterli yanıt vermektedir.

Yaşlılar için ilaç tedavisine düşük dozlarla başlanmalıdır. Kan basıncını ve beyine kan akımını düzenleyen fizyolojik mekanizmalar yaşlanma ile etkilendiğinden, hipertansif acil dediğimiz durumlar hariç kan basıncı yavaş ve kademeli olarak düşürülmelidir. Ortostatik hipotansiyon açısından uyanık olunmalıdır. Bu nedenle tedavi başlanmadan önce yaşlı hastalarda yatarak ve ayakta kan basıncı ölçümleri alınmalıdır. İlaçtan çok, tedavide kan basıncı düşme miktarı önemlidir. Tek ilaçla kan basıncı kontrol altına alınamayan yaşlılarda kombinasyon tedavisi uygulanmalıdır.

KOLESTEROL YÜKSEKLİĞİ

Yaşlı kadın ve erkeklerde sıklıkla kalp damar hastalıkları mevcuttur. Kolesterol, kalp ve damar hastalıkları için bir risk faktörüdür. Erkeklerde 50 yaşına kadar kolesterol seviyesi artar, 70 yaşına kadar plato çizer, daha sonra hafifçe düşer. Kadınlarda 20-25 yaşından önce hafifçe

yüksektir, 25-55 yaş arası yükselme görülür, ama bu yükselme erkeklere göre daha hafiftir. Yüksek kolesterol seviyesi, yüksek LDL kolesterol seviyesi, düşük HDL kolesterol seviyesi kalp damar hastalıkları için önemli risk faktörüdür. Yaşlılarda da ikincil koruma (şeker hastalığı ve/veya kalp damar hastalığı olanlar) amaçlı yüksek kolesterol seviyesinin tedavisi gençler kadar etkilidir. Yapılan çalışmalarda tedavinin 6-12 ayda klinik yararının ortaya çıktığı görülmüştür. Şeker hastalığı ve hipertansiyon tedavilerinde bu süre daha uzundur, bu nedenle çok yaşlı kişiler bile tedavi edilebilir.

Kolesterol yüksekliğinin tedavisinde diyetin önemli bir yeri vardır. Ancak beslenme bozukluğu riski yüksek yaşlı hastalarda aşırı kısıtlamalardan kaçınılmalıdır. Bunaması veya fiziksel kısıtlılığı olan yaşlılar bu grubu oluşturmaktadır. Yaşlıda kolesterol tedavisi kişisel olmalıdır. Hastanın yaşı dışında beklenen yaşam ömrü, eşlik eden hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve fonksiyonelliği göz önünde bulundurulmalıdır. Statinler için yapılan çalışmalarda yan etki sıklığının yaşlılar ve gençler için benzer olduğu bildirilmiştir ■

KAYNAKLAR

- Loscalzo J., Harrison, TR. (2013) *Harrison's cardiovascular medicine*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Education/Medical.
- Hazzard, W. R., Halter, J. B. (2009) *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical.
- Lutz, JW., Hurst, JW., Hurst, JW. (2017) *Hurst's The heart : PreTest self-assessment and review. CME examination*. 14nd ed. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division, PreTest Series.



SAĞLIKLI YAŞAM
ALİŞKANLIKLARINI
BENİMSEYEN VE UYGULAYAN
DİYABETLİ BİREYLERDE
“DİYABET YAŞAMIN TADINI
ÇIKARMAYA ENGEL DEĞİLDİR”.

DIYABETLİ HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ: KENDİNE YARDIM ET, DIYABETİNİ YÖNET



Öğr. Gör. Aslı Tok Özen
Ankara Üniversitesi Haymana Meslek Yüksekokulu

GİRİŞ

Diyabetes Mellitus (DM/Diyabet) her yaşta görülebilen kronik bir hastalık olup, vücuttaki insülin sekresyonunun mutlak ya da göreceli eksikliği ya da etkisizliği nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de diyabet sıklığı giderek artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2015 Diyabet Atlası'nda tüm dünyada 415 milyon yetişkinin diyabetli olduğu ve bu oranın 2040 yılında 642 milyona yükseleceği bildirilmiştir. TURDEP II'de (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevelans Çalışması) ülkemizde diyabet sıklığının %13,7 oranında olduğu ve on yıllık zaman sürecinde ülkemizdeki diyabet sıklığının iki kat arttığı bildirilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda ise 65 yaş üstü bireylerde diyabet sıklığının normal popülasyona oranla daha yüksek olduğu ve farklı toplumlarda 65 yaş üstü bireylerde sıklığın %25-30'un üzerinde olduğu bildirilmektedir.

Diyabet, kan glukozunun yükselmesi şeklinde görülmekle birlikte bu hastalıkta asıl sorun karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozulmaya neden olmasıdır. Bu nedenle diyabetin iyi kontrol altına alınamaması ve hastalık yönetiminin yetersiz olması hem akut

hem de kronik komplikasyonlara yol açmaktadır. Oysa ki bu komplikasyonlar etkin tedavi ve bakım uygulamalarından oluşan hastalık yönetimi ile engellenebilir. İyi kontrolü sağlamak için diyabetle yaşamayı bilmek ve onunla barışık olabilmek gerekir.

KURAMSAL BİLGİ

Diyabet, kronik bir hastalıktır ve birçok kronik hastalıkta olduğu gibi tedavide hastalık yönetimi çok önemlidir. Etkin hastalık yönetimi diyabete bağlı gelişebilecek birçok komplikasyonu azaltmakta, hatta önlemektedir. Etkin hastalık yönetimi ise ancak diyabetli bireylerde yaşam tarzı değişikliğini sağlayabilecek eğitim ile başarılabılır. Yapılacak eğitim ile diyabetli birey günlük yaşamında neleri yapması, neleri yapmaması gerektiğini öğrenir ve öğrendiği uygulamaları günlük yaşamına aktarabilir.

Diyabette Öz Yönetim Eğitimi

Diyabette öz yönetim eğitimi, diyabet bakımının en önemli parçasıdır, çünkü diyabetli birey öncelikle hastalığının yönetimi için ne yapması gerektiğini öğrenmelidir. Diyabette öz yönetim eğitimi, basit bir bilgilendirme olmaktan öte tanı anında başlayan ve diyabetli bireyin yaşamı boyunca devam eden bir eğitim olmalıdır.

Diyabet eğitiminde kullanılacak yöntem ve teknikler bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde değişen fiziksel özellikler ve öğrenme kapasitesi düşünülerek hasta eğitiminde öğrenmeyi kolaylaştıracak uygun yöntemler geliştirilmelidir.

65 yaş üstü diyabetli bireylerde görsel araçların ön planda olduğu eğitim yöntemleri tercih edilmeli, eğitimde daha kısa, anlaşılır cümleler ve net ifadeler kullanılmalıdır. Gerekliyse bireyin ihtiyacına göre eğitim süresi uzatılmalı ve gerekli konularda eğitim tekrar yapılmalıdır. Eğitim bireyin ihtiyaçları doğrultusunda planlanmalı ve birey merkezli olmalıdır. Bütün diyabetlilerde olduğu gibi 65 yaş üstü diyabetlilerde de eğitime bireyin yakınları (ailesi ya da bakım vermekle sorumlu diğer bireyler) da katılmalıdır. Eğitimde aşırı bilgi yükünden kaçınılmalı, öncelikli öğrenilmesi gereken uygulamalar ve bireyin eğitim ile ilgili gereksinimleri ön planda tutulmalıdır. Ayrıca eğitim bitmeden önce özellikle insülin enjeksiyonu, kan glukozu izlemi gibi uygulamaları hastanın yaptığından emin olmak için yapması istenmelidir.

Diyabetli Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Uygulamalar

Diyabette bireyin kan glukozu regülasyonunu sağlaması ve diyabete bağlı komplikasyonlardan korunması için sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, insülin/oral antidiyabetik ilaç/ın-

sülinomimetik ilaç uygulamaları, kendi kendine glukoz/keton izlemi, ayak bakımı, cilt bakımı, ağız/diş bakımı gibi bakım uygulamaları ve düzenli kontroller çok önemlidir.

Sağlıklı beslenme, diyabet tedavisindeki en önemli yaşam tarzı değişikliğidir. Sağlıklı beslenme ile diyabetli bireylerin ihtiyaç duyduğu günlük kalori miktarının yeterli ve dengeli olarak alınması amaçlanmaktadır. Ancak bilinen bir gerçek şudur ki, beslenme uyumu her hastalıkta olduğu gibi diyabette de oldukça zor gerçekleşmektedir. Diyabetli bireylerin uyum kapasitesini artırmak için mutlaka kendi alışkanlıkları, beslenmede en çok tükettiği gıdalar, öğün zamanları ve miktarları sorgulanmalı, gerekiyorsa beslenme günlüğü tutmaları istenmelidir. Böylece uyumu sağlayacak öneriler hastanın yaşamına yavaş yavaş eklenebilir.

Beslenme eğitiminde diyabetli bireylere besin öğeleri ve besin grupları görsel materyal kullanılarak anlatılmalı ve yapılan eğitim sonunda sağlıklı besinlerden oluşan öğünler birlikte oluşturulmalıdır. Böylece bireylerin evlerinde sağlıklı besinleri seçmesi de kolaylaşacaktır.

Günümüzde diyet listeleri yavaş yavaş terkedilmeye başlanılmaktadır. Bunun yerine diyabetli bireylerin günlük yaşamlarında daha rahat uygulayabilecekleri tabak modelleri önerilmektedir. Böylece hastaların ihtiyacı olan tüm besin öğelerini her öğünde almaları kolaylaşmaktadır. Şekil 1 diyabetli bireyler için önerilen tabak modeline bir örnektir.

Diyabetli bireylerin günlük 3 ana 3 ara öğün alacak şekilde beslenme zamanları hasta ile birlikte planlanmalıdır. Ara öğün için dışarı çıkarken yanlarında taşımalarının kolay olacağı ya da dışarıda iken de temin edilmesi ve yenilmesi kolay olan paket süt, kuru meyve gibi besinler önerilebilir. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde hipoglisemilerin önlenmesinde ara öğünlerin önemi vurgulanmalıdır.

Egzersiz, diyabetli bireylere önerilmesi gereken bir diğer yaşam tarzı değişikliğidir. Düzenli yapılan egzersiz kan glukoz seviyesinin regülasyonuna katkıda bulunur, beslenme tedavisi ile birlikte kilo vermeyi kolaylaştırır ve ideal kiloyu korumaya yardımcı olur, ayrıca metabolik parametrelerde düzelme sağlar. Ancak egzersiz planı yapılmadan önce 65 yaş üstü bireyler başta olmak üzere tüm diyabetlilere gerekli kontroller yapılmalıdır.

Egzersiz planı yaparken, sedanter yaşam tarzı olan yaşlılarda başlangıç olarak yürüyüş önerilirken, daha önceden egzersiz yapan ve aktif bir yaşlı için bireyin hobileri de göz önünde tutularak yüzme, bahçe işleri, koşma, dans etme gibi öneriler sunulabilir. Önemli olan egzersizi düzenli bir alışkanlık olarak yaşama dahil etmektir. 65 yaş üstü bireylerde haftada

3-5 gün, hafif-orta şiddette, her gün için 30-45 dakika arasında değişen sürelerde egzersiz önerilebilir. İlk defa egzersiz yapacak sedanter yaşlılarda egzersize kısa sürelerle başlamaları ve süreyi yavaş yavaş artırmaları önerilmelidir. Ayrıca tüm diyabetlilerde her egzersizde ısınma ve soğuma egzersizleri de önerilmelidir.

Egzersiz eğitimi verilirken hastaya mutlaka egzersiz öncesinde kan glukozu kontrolü yapılması gerektiği hatırlatılmalıdır. 100 mg/dl'nin altındaki kan glukozu seviyelerinde ara öğün alınması, 240-250 mg/dl'nin üzerindeki kan glukozu seviyelerinde ise keton bakılması ve gerekiyorsa egzersizin ertelenmesi söylenmelidir.

Diyabette yaşam tarzı değişikliklerinin hedef metabolik parametreleri sağlayamadığı durumlarda tedavi planına **tıbbi medikal tedavi** de eklenmektedir. Bu tedavi oral antidiyabetik/insülinomimetik ilaçlardan ya da insülin tedavisinden oluşabileceği gibi kombinasyon tedavileri şeklinde de olabilir.

Tıbbi tedaviye karar verirken hastanın yaşı ve mevcut diğer sorunları göz önünde tutularak uygun ajan seçilmelidir. Tıbbi tedavinin 65 yaş üstü bireylerdeki önemli yan etkilerinden biri de uzamış hipoglisemilerdir. Bu durum düşünüldüğünde kontrendike bir durum yok ise tedavide kısa etkili ajanların seçilmesi yararlı olabilir.

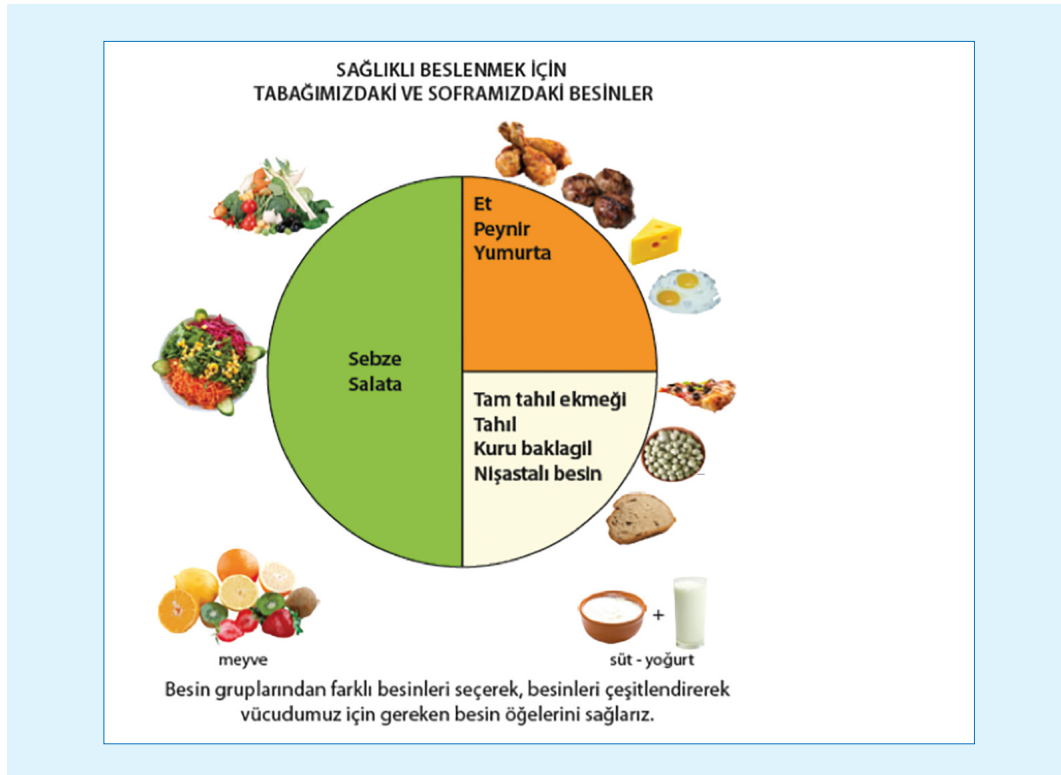
Tıbbi tedavi başlanan her hastaya mutlaka eğitim verilmelidir. Oral antidiyabetik/insülinomimetik önerilen hastalara ilaç kullanımında dikkat edilecek noktalar, yemek-ilâç ilişkisi ve doz saatleri anlatılmalıdır. Ayrıca hasta olası yan etkiler hakkında da bilgilendirilmelidir. İnsülin önerilen hastalara ise uygulamalı insülin eğitimi yapılmalıdır. İnsülin eğitimi sırasında; enjeksiyonun nasıl yapılacağı ve enjeksiyon bölgeleri, rotasyon uygulama tekniği ve enjeksiyonu neden rotasyonla yapması gerektiği, iğne ucu kullanımında dikkat edilecekler, insülin-yemek zamanı ilişkisi, insülin enjeksiyonunun komplikasyonları ve bu komplikasyonları önlemek için alınması gereken önlemler anlatılmalıdır.

Diyabetli bireylerde hastane kontrollerinde bakılan kan glukozu değerleri kadar **evde kan glukozu izlemi** de önemlidir. Çünkü diyabetlinin kendi günlük yaşamında tedavinin etkinliğini gösteren en önemli bulgu evde yapılan kan glukozu ölçümleridir. Bu nedenle hastalara kullanımı kolay ve güvenilir sonuç veren glukometreler önerilmeli ve kullanımları uygulamalı eğitimle anlatılmalıdır. Hastalara yapılan her ölçümü kaydetmeleri ve hastaneye gelirken ölçüm sonuçlarını yanlarında getirmeleri söylenmelidir. Kaydetmek hasta için zor ise hafızası olan ya da bilgisayar bağlantısı ile veri aktarımı yapılabilen glukometreler önerilebilir.

Diyabetli bireylerde komplikasyonların önlenmesi ya da erken fark edilerek gerekli önlemlerin alınması için yapılması gereken diğer uygulamalar ise bireysel hijyene yönelik **günlük bakım uygulamaları ve düzenli sağlık kontrolleridir**. Günlük bakım uygulamaları arasında ayak bakımı, cilt bakımı, ağız/diş bakımı gibi uygulamalar yer alır. Ayrıca hastalar üç ayda bir diyabet yönünden kontrol, 6 ayda bir ayak muayenesi, 6 ayda bir diş muayenesi ve sağlık ekibinin gerekli gördüğü diğer sağlık kontrollerini herhangi bir komplikasyonları olmasa bile yaptırmalıdır. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde günlük bakım uygulamaları ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılması daha da önemlidir. Çünkü hastalar makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar açısından gençlere göre daha riskli durumdadır.

Yukarıda anlatılan günlük yaşam aktivitelerinin yaşam tarzı olarak benimsenmesi metabolik kontrolü olumlu yönde etkileyerek diyabete bağlı olası komplikasyonların önlenmesini sağlar. Yani şunu söyleyebiliriz ki sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimseyen ve uygulayan diyabetli bireylerde "Diyabet Yaşamın Tadını Çıkarmaya Engel Değildir" ■

Şekil 1: Diyabetli Bireylerde Sağlıklı Beslenme Tabak Modeli



Kaynak: S.B. Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi

KAYNAKLAR

- American Association of Diabetes Educators (AADE). (2009). Guidelines for the practice of diabetes self-management education and training (DSME/T). *The Diabetes Educator*, 35, 85-107.
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus. (2013). Guidelines Abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: Update. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 2020-2026.
- Beaser, R.S., Weinger, K., Bolduc-Bissell, L.M. (2008). Diyabet Tedavisinde Eğitim. V. Yumuk (Çev. Ed.), *Joslin's Diabetes Mellitus*. (s. 597-610) içinde. (1. baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Care California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel in Improving Care for Elders with Diabetes. (2003). Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 265-280.
- Cooppan, R. (2008). Diabetes Mellitus Tedavisinde Genel Yaklaşım. V. Yumuk (Çev. Ed.), *Joslin's Diabetes Mellitus*. (s. 587-596) içinde. (1. baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- International Diabetes Federation (IDF). (2015). *Diabetes Atlas*. (7th ed.). Erişim: 05.06.2016, <http://www.diabetes-atlas.org>
- Kirkman, S.M., Jones Briscoe, V., Clark, N., Florez, H., Haas, L.B., Halter J.B. (2012). Diabetes in older adults. *Diabetes Care*, 35(12), 2650-2664.
- Olgun, N., Özkan, S., Satman, İ., Yetkin, İ., Çalışkan, D., Özcan, Ş. ve ark. (2014). *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi*. (1. baskı). Ankara: Koza Basım Yayın Ltd. Şti.
- Satman, İ., İmamoğlu, Ş., Yılmaz, C., Akalın, S., Salman, S., Dinççağ, N. ve ark. (2016). *Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*. (8. baskı). Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinççağ, N. ve ark. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169-180.
- Tok Özen A. (2016). Diyabet sohbetleri ile yapılandırılmış eğitim programının insülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda hipoglisemi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Yılmaz, M.T., Kaya, A., Balci, M.K., Bayraktar, F., Dağdelen, S., Şahin, İ. (2015). *Türkiye Diyabet Vakfı Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*. (5. baskı). İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.







OTURUM III

YAŞLILIKTA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR İÇİN KORUYUCU- ÖNLEYİCİ VE TEDAVİ HİZMETLERİ-II-

OTURUM BAŞKANI

Doç. Dr. Sevgi Aras, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Geriatri Bilim Dalı

KONUŞMACILAR

> Sağlıklı Yaş Alma ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Doç. Dr. Sevgi Aras
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

> Beynin Yaşlanması ve Demans

Doç. Dr. Erguvan Tuğba Kızıl Özel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı

> Kansere Taramaları ve Yaşam Boyu Sağlık

Uzm. Dr. Deniz Mut Sürmeli
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı



GRİP, ZATÜRRE, AKCİĞER
DAMARLARINDA PIHTI,
KOAİ, ASTİM, İNTERTİSYEL
AKCİĞER HASTALIKLARI
VE AKCİĞER KANSERLERİ
YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN
SOLUNUM YOLU
HASTALIKLARIDIR.

SAĞLIKLI YAŞ ALMA VE SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI



Doç. Dr. Sevgi Aras
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı

GİRİŞ

Dünyada her geçen yıl yaşlı nüfus oranı artmaktadır. 2016 yılında dünya nüfusunun %8,7'sini, Türkiye'de ise %8,3'ünü 65 üstü nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artışı yaşlanma ile meydana gelen değişikliklerin zemininde, birçok kronik hastalığın daha sık görülmesine neden olmaktadır. Tüm dünya genelinde kaçınılmaz olan yaşlanma sürecinin başarılı ve aktif olması yönünde büyük çabalar mevcuttur. Bu kavramları gözden geçirecek olursak:

Başarılı Yaşlanma: Yaşlanma ile meydana gelen değişiklikleri, olumlu yaşam tarzı ile destekleyerek hastalık sürecine girmeden yaş almaya devam etmektir (sağlıklı uzun ömür).

Aktif Yaşlanma: Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre; insanların yaşlanma sürecinde yaşam kalitelerini iyileştirmek üzere sağlık, katılım, güvenlik açısından sunulan fırsatların optimize edilmesidir (fiziksel, sosyokültürel, spiritüel, ekonomik yönlerden).

YAŞLANMA İLE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanma ile birlikte hemen hemen her sistemde fonksiyon ve rezervlerde genelde azalma ile giden değişiklikler söz konusudur. Bu değişiklikler aslında ortalama kırklı yaşlarda başlar; ancak altmışlı yaşlarda belirginleşir. Hızı ve şiddeti kişiden kişiye, genetik ve çevresel faktörlere göre değişmektedir. Hastalık sürecinden ziyade, yaşlanmanın doğal sonucu olan değişiklikleri özetlersek:

1. Kas gücünde azalma (Sarkopeni),
2. Kalp performansında azalma (Kardiak indeks azalır),
3. Solunum kapasitesinde azalma (O₂ tüketimi azalır),
4. Böbrek ve karaciğer fonksiyonlarında azalma (İlaç yan etkileri açısından önemli),
5. Görme keskinliğinde azalma (Presbiyopi),
6. İşitme yeteneğinde azalma (Presbiakuzi),
7. Vücut ısını ayarlama kapasitesinde azalma,
8. Mental fonksiyonlarda azalma (Demans),
9. Bağışıklık sisteminde meydana gelen değişiklikler (Enfeksiyonlara yatkınlık, aşıya daha az bağışıklık cevabı, kanser sıklığının artışı),
10. Uyku değişiklikleri.

Yukarıda bahsi geçen değişiklikler, doğal olarak birçok hastalığın yaşlılarda neden gençlere göre daha sık görüldüğünü açıklamaktadır.

YAŞLANMA İLE SOLUNUM SİSTEMİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanma ile birlikte tüm sistemlerde olduğu gibi solunum sisteminde de değişiklikler olmaktadır. Akciğer dokularının elastik kabiliyeti azalır (göğüs kafesi esnekliği azalır). Bronşlarda daralma olur, direnç artar. Alveollerde genişleme ve alveollar arası duvarda düzleşme, kalınlaşma olur. Nefes verme akım hızı azalır. Silya (hareketli fırçamsı yapılar) hareketleri yavaşlar, öksürük refleksi azalır. Göğüs kafesi yerine kanın solunumu olur. Kanda azalan oksijen seviyesine yanıt azalır.

Yaşlıda Sık Görülen Solunum Yolu Hastalıkları

İnfluenza (Grip), pnömoni (zatürre), pulmoner emboli (akciğer damarlarında pıhtı), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, interstisyel akciğer hastalıkları ve akciğer kanserleri yaşlıda sık görülen solunum yolu hastalıklarıdır.

Grip salgınlarından en çok yaşlılar etkilenmektedir. Grip sonrası eklenen zatürre, orta kulak, beyin zarı (menenjit) ve beyin dokusu iltihabı (ensefalit) gibi durumlar yaşlılarda ciddi sonuçlar doğurabilir. Grip ve sonrası gelişen hastalıkların bulguları yaşlılarda gençlerden farklı olabilir.

Hijyene dikkat etmek ve özellikle şüpheli temas sonrası el yıkamak enfeksiyonların yayılmasının kontrol altına alınmasında en önemli önlemlerdir. Grip salgınlarında izolasyona ve hijyene dikkat edilmelidir. Grip aşısına ve yumurtaya alerjisi olanlar dışında bütün yaşlılara her yıl ekim ayında grip aşısı yapılmalıdır. Yaşlıya bakım verenlerin ve yaşlı ile yakın temasta olanların da aşı olması önerilmektedir.

Pulmoner emboli özellikle uzun süre yatakta yatan, kilolu, kanser tanısı olan, pıhtılaşma faktör bozuklukları olan, özellikle ortopedi ameliyatları olanlarda daha sık görülür. Takip eden ekibin koruyucu önlemlere (kan pıhtılaşmasını azaltıcı ilaçlar, basınç çorapları, erken mobilizasyon) dikkat etmesi önemlidir.

Yaşlılarda kanser görülme sıklığı ve kanserlere bağlı ölüm artmıştır. Özellikle akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerdendir. Sigara akciğer kanseri için en önemli risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda akciğer kanserinden korunmak için vitamin desteklerinin etkili olmadığı görüşü mevcuttur.

Zatürre

Yaşlılıkta enfeksiyona bağlı ölümlerde 1. sıradadır. En çok grip sonrası görülür. Özellikle yatalak, yutma fonksiyonu bozulmuş yaşlılarda akciğere sekresyon ve yediklerinin kaçması, tedavisi zor zatürreye neden olmaktadır. En sık etkenler: Bakteri ve virüslerdir. Etkenler alveollerde enfeksiyona yol açarlar. Öksürük, ateş, balgam, göğüs ağrısı yaşlıda daha az görülür. Nefes sayısının artışı, bilinç bulanıklığı, bakteriyemi, apse daha sık görülür (İmmunosenesens). Kalp-damar ve şeker hastalığı, KOAH, astım, böbrek yetmezliği, nörolojik problemler, kanser gibi bağışıklık problemi yaratan hastalıkları olanlar; beslenmesi bozuk, sigara ve/veya alkol kullananlar ve özellikle huzur evinde yatanlar zatürre gelişimi açısından riskli gruplardır.

Zatürreden korunmada grip için anlatılan önlemler geçerlidir. Özellikle riskli yaşlılarda zatürre için risk yaratan durumlar düzeltilmelidir. Grip aşısı grip sonrası zatürre sıklığının ve zatürre şiddetinin azalmasında da çok etkilidir. Yaşlılara zatürreden korunmak için grip aşısı yanında zatürre aşısı yapılmalıdır (Önce konjuge aşı (13 valanlı), 3-6 ay sonra polisakkarid (23 valanlı) aşı yapılmalı. Kalp yetmezliği, şeker hastalığı, astım, KOAH, bağışıklık problemi olanlarda 5 yılda bir polisakkarid aşı tekrar yapılmalıdır). Özellikle yutma fonksi-

yonu bozulmuş yaşlıların ağız yoluyla beslenmesinde dikkatli olunmalı, gerekirse tüp ile beslenmeye geçilmelidir.

Kronik (Müzmin) Bronşit (KOAİ)

Genellikle geri dönüşümsüz, hava akımının geçişte zorlanması (obstrüksiyon) ile karakterize bir hastalıktır. Hava akımının kısıtlanması ilerleyicidir ve hava yollarının aşırı duyarlılığı ile birlikte bulunabilir. Akciğer fonksiyonlarında %50'ye yakın kayıp olmadan bulgu vermediği için özellikle yaşlıda tanıda gecikmeler yaşanabilir. Sigara, mesleki toz maruziyetleri, hava kirliliği, yüksek tuzlu diyet, diyetle antioksidan vitaminlerin azlığı, enfeksiyonlar, genetik, alerji öyküsü KOAİ için önemli risk faktörleridir.

En sık görülen belirti nefes darlığıdır. Hava açlığı, göğüste baskı hissi şeklindedir. Hastalık ilerledikçe özellikle hareketle artar. Özellikle sabah olan öksürük sonra sürekli halini alır. Bazen kuru, bazen balgamlı şekilde olur. Balgam özellikle kış aylarında sabahları görülürken; sonra yıl boyunca, günün her saatinde görülür. Açık renkli balgamın koyulaşması, sarı-yeşil renge dönmesi, ateş, nefes darlığı KOAİ alevlenmesi olarak nitelendirilir. Antibiyotik tedavisini gerektirir.

KOAİ'ta Hastalık Yönetimi

Amaç; hastaların kendi günlük işlerini yapabilmeleri için hareket ve egzersiz kapasitesinin artırılması, hastalığın ilerlemesinin durdurulmasıdır:

- Sigaranın bırakılması (Gerekirse ilaç, nikotin sakız ve bandı)
- KOAİ tedavisinde kullanılan tedavilerin uygun süre ve dozlarda kullanılması (İnhaleler tedavilerin kullanımının gösterilmesi ve takibi, gerekirse nebulizatör tedavisi, oksijen tedavisi)
- Aşılar: Grip ve zatürre

Astım

Hava yollarındaki kasların kasılması sonucu görülen geri dönüşümlü olarak hava yollarının daralmasıdır. Yaşlıda tanı koymak zordur. Öksürük, hırıltılı solunum, nefes daralması, göğüste sıkışma hissi en sık belirtilerindendir. Belirtiler gece veya sabah erken saatlerde (04-06) görülür. Sigara, alerji öyküsü, iç ve dış ortam alerjenleri, hava kirliliği, şişmanlık, sık solunum yolu enfeksiyonları astım için önemli risk faktörlerindendir. KOAİ, bazı virüs enfeksiyonları, sinüzit, reflü hastalığı, kalp yetmezliği (Kardiyak astım), gırtlak ile ilgili yapısal bozukluklar astım ile karışabilecek durumlardır. Astımı olanlarda grip ve zatürre aşılarının yapılması ihmal edilmemelidir ■





SON DÖNEMDE
DÜNYA NÜFUSUNUN
YAŞLANMASIYLA BERABER,
YAŞLANMA KARŞITI TEDAVİ
VE MÜDAHALELERE OLAN
İLGİ GİDEREK ARTMAKTADIR.

BEYNİN YAŞLANMASI

VE DEMANS



Doç. Dr. Erguvan Tuğba Kızıl Özel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı

Yaşlanma karmaşık bir süreç olup, tüm organ ve sistemlerde olduğu gibi santral sinir sistemi yani beyinde de yaşlanmaya bağlı çeşitli değişiklikler görülmektedir. Sağlıklı yaşlılarda yapılan nörogörüntüleme çalışmaları ya da ölüm sonrası yapılan beyin incelemeleri yaşlanmanın beyin üzerindeki etkileri hakkında bilgi sağlamaktadır. Bununla beraber yaşlanmayla beraber bilişsel işlevlerde ortaya çıkan bozulmalar da araştırılmaktadır. Bu sunumda yaşlanmanın beyin üzerindeki etkileri çeşitli sorular çerçevesinde ele alınacaktır. Bunlar:

- Yaşlanmayla beraber beyinde ortaya çıkan değişiklikler nelerdir?
- Beyinde yaşlanma ne zaman başlar?
- Beyindeki yaşlanma herkeste benzer midir?
- Beyindeki yaşlanmayı cinsiyet etkiliyor mu?
- Yaşlanma bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açıyor mu?
- Yaşlanma demansa (bunamaya) yol açıyor mu?
- Beynimizi yaşlanmanın etkilerinden nasıl koruyabiliriz?

Yaşlanma çalışmalarındaki temel sorun incelenen bireylerdeki çeşitliliştir. Diğer bir deyişle, çalışmaya dahil edilen bireyler içinde normal sınırlarda yaşlanan, "başarılı" yaşlanan ve aşırı yaşlananlar olmasıdır. Dolayısıyla bireysel farklılıklar tek tip bir yaşlanmanın tarif edilmesini güçleştirmektedir.

Yaklaşık olarak 5. dekadadan itibaren beyin dokusunda küçülme ile daha erken yaşlarda (30-40'lı yaşlar) ventrikül, sulkus ve giruslarda (beyin boşluklarında) genişleme olduğu bilinmektedir. Bu durum "beyin atrofisi" olarak tanımlanmakta ve şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bu bireysel değişkenlik yaş ilerledikçe de artmaktadır. Yaşlanan beyinde ilerleyen yaşla beraber hem gri cevher hem de beyaz cevher hacminde azalma ve nöron sayısında düşme ortaya çıkmaktadır. Beyindeki küçülme özellikle frontal bölgelerde-beynin ön bölgelerinde meydana gelmektedir. Ayrıca Alzheimer Hastalığı sırasında beyinde yaygın olarak ortaya çıkan değişiklikler (amiloid plaklar ve nörofibriller yumaklar) normal yaşlanmada da görülebilmektedir, ancak sayıca azdır. Bu değişiklikler beyin tomografisi ya da manyetik rezonans görüntüleme gibi yöntemlerle görülebilmekle beraber, otopsi sırasında makroskopik ya da mikroskopik inceleme ile de saptanabilmektedir.

Yapılan çalışmalar beyindeki yaşlanmanın cinsiyetler arasında farklılaşabildiğini ortaya koymuştur. Erkeklerde ventriküllerdeki genişlemenin kadınlara göre daha erken ortaya çıktığı, yaşlanmaya bağlı beyin frontal bölümündeki atrofinin erkeklerde daha belirgin, beyin arka bölgelerindeki parietal atrofinin kadınlarda daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber Alzheimer Hastalığı'nın kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Bu durum kadınların daha uzun yaşamasından kaynaklanabileceği gibi, kadınlarda menapoz sonrası görülen hormonal değişikliklerin etkisinin olabileceği ya da kadınlarda düşük eğitimin riski arttırabileceği de öne sürülmektedir. Ayrıca son dönemde yapılan bazı çalışmalar iki cinsiyet arasındaki farkın ortadan kalktığına işaret etmektedir.

Yaşlanma beyin yapısında çeşitli değişikliklere yol açtığı gibi, beyin sorumlu olduğu zihinsel-bilişsel işlevlerde de çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Yaşlılarda özellikle psikomotor hız, açık-epizodik bellek, dikkat, görsel-uzaysal işlevler ve yönetici işlevlerde bozulma saptanmıştır. Lisan, semantik bellek, örtük bellek, tanıma, ipuçlu hatırlama gibi işlevlerde ise görece olarak daha az bozulma bildirilmiştir.

Demans başta bellek olmak üzere bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma görülen bir durumdur. Alzheimer hastalığı en sık görülen demans (bunama) nedenidir. Alzheimer Hastalığı'nın nöropatolojisi Alman bilim adamı Alois Alzheimer tarafından 20. yy'ın başlarında

ortaya konmuşsa da, etyolojisi yani nedenleri tam olarak aydınlatılamamıştır ve kesin bir tedavisi de bulunmamaktadır. Alzheimer Hastalığı'nın en önemli risk faktörü yaş olup, 8. veya 9. dekada kadar ilerleyen yaşla beraber sıklığının arttığı bilinmektedir. Bazı çalışmalarda her 5 yılda bir görülme sıklığının iki katına çıktığı bildirilmiştir. Ancak, her yaşlının Alzheimer hastalığına yakalanacağına dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır.

Son dönemde dünya nüfusunun yaşlanmasıyla beraber yaşlanma karşıtı tedavi ve müdahalelere olan ilgi giderek artmaktadır. Çeşitli besinler ya da gıda takviyeleri, ilaçlar, alternatif tedavi yöntemleri geliştirilmekte ve önerilmektedir. Henüz yaşlanma karşıtı etkileri kesin kanıtlanmamakla beraber başta fiziksel ve zihinsel egzersiz olmak üzere bahsedilen bilişsel değişiklikler ve demansı önlemede etkili olduğu öne sürülen yöntemlerden bahsedilmektedir. Vasküler riskin azaltılması, yani diyabet, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği, sigara kullanımı vb. faktörlerin önlenmesi yaşlanmayı ve demansı geciktirmektedir. Beyin rezervi hipotezine göre eğitim ya da zihinsel işlevsellik/kapasite ne kadar yüksekse kayıpların gündelik yaşamı etkileme düzeyleri o kadar az olmaktadır, dolayısıyla bu durum da yaşlanmanın ve demansın etkilerini geciktirmektedir ■

KAYNAKLAR

- Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. (2011) Third Edition. Edited by Mohammed T. Abou-Saleh, Cornelius Katona, Anand Kumar. 3rd ed. John Wiley & Sons, Ltd.
- Neuroimaging and the Psychiatry of Late Life. (1997) Edited by David Ames and Edmond Chiu. Cambridge University Press.
- Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings.
- Einstein, G., Schwartz, A. D., Hampson, D. E., Tierney, E., Meschino, M. C., Narod, S. (2016). Sex Differences in the Brain and Implications for Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 12(7), s. 161.



TÜİK 2015 VERİLERİNE
GÖRE, ÖLÜM NEDENLERİ
İNCELENDİĞİNDE KANSER
NEDENLİ ÖLÜMLER
DOLAŞIM SİSTEMİ
HASTALIKLARINA BAĞLI
ÖLÜMLERDEN SONRA
İKİNCİ SIRADA YER
ALMAKTADIR.

KANSER TARAMALARI VE YAŞAM BOYU SAĞLIK



Uzm.Dr. Deniz Mut Sürmeli
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Mart 2016'da yayınlanan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre Türkiye'de yaşlı nüfus oranı %8,2'dir. Doğum ile beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78 yıl, erkeklerde 75,3 yıl, kadınlarda ise 80,7 yıl olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2016). Ömür uzadıkça, belli başlı hastalıkların da sıklıkları artmaya başlamıştır. Bu süreçte biz hekimler için hastalıkları tedavi etmek kadar hastalıkların ortaya çıkmasını önleyebilmek de esas olmalıdır.

Hastalıkları önleyebilmek ve erken tanı koyabilmek için;

- Kanser taramaları
- Aşılar
- Beslenme
- Egzersiz
- Görme ve işitme bozuklukları için yıllık tarama

- Sigaranın bırakılması
- Alkolün kötüye kullanımının engellenmesi
- Kemik dansitometrisi ölçümü
- Yıllık TSH, 5 yılda bir lipid profili ölçümü
- Yıllık depresyon taraması
- Yıllık kan basıncı ölçümü
- TA>135/80 mmHg olanlara her 3 yılda bir diyabet taraması yapılması

geriatrik yaş grubuna önerdiğimiz yaklaşımlardır.

Bu önerdiğimiz önlemler içerisinde kanser taramaları, aşılar, beslenme ve egzersizden kısaca bahsedelim.

KANSER TARAMALARI

TÜİK 2015 verilerine göre, ölüm nedenleri incelendiğinde **kanser** nedenli ölümler dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra **ikinci sırada** yer almaktadır. Kanser nedenli ölümlerin **en çok 65-74 arası yaş grubunda** olduğu görülmektedir.

Yaşlıda 'herhangi bir bulgu olmadan' yapılan kanser taramalarının amacı **erken teşhis** ve **daha etkili tedavi** sağlayabilmektir. Ancak ek hastalıklar ve kırılganlık gibi eşlik eden durumlar bu grupta tarama için risk-yarar oranını değiştirebilmektedir. Bu nedenle kanser taraması yaş, tahmini kalan yaşam süresi, kişinin tercih ve kararları doğrultusunda bireyselleştirilerek yapılmalıdır.

Her kanser türü için etkin bir tarama yöntemi maalesef bulunmamaktadır. Ülkemizde kolorektal kanser, meme kanseri, rahim ağzı (serviks) kanseri taraması yapılmaktadır. Bu taramaların **kansere bağlı ölümleri azaltmada en etkili** organ spesifik taramalar olduğu görülmüştür.

Kolorektal Kanser Taraması

Kolorektal kanser; erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kolorektal kanserde erken teşhis, ölüm ve hastalık azalmasının yanında tedavi maliyetlerini de düşürmektedir. Kolorektal kanser asemptomatik iken yani erken evrede tarama programları ile teşhis edilebilir bir hastalıktır.

Kimleri tarayalım?

50-75 yaş arası ortalama riskli bireyler

Kimleri taramayalım?

85 yaş ve üzeri bireyler

76-85 yaş arası bireylerde tarama nasıl olmalı?

Rutin olarak taranmamalı, daha önceki tarama sonuçlarına, ek hastalık durumlarına ve yaşam beklentilerine göre taranabilir.

Hangi Yöntemle Tarama Yapalım?**Girişimsel yöntemler**

Kolonoskopi; öncesinde diyet ve bağırsak temizliği gerektiren bir işlemdir. Tüm kolonun görülmesine imkan verir. Eş zamanlı olarak şüpheli görünen alanlardan biyopsi alınmasını sağlar. Sensitivitesi ve spesifitesi bu nedenle diğer yöntemlerden fazladır. Kolonoskopi ile her 10 yılda bir tarama yapılmalıdır.

Sigmoidoskopi; bazı çalışmalarda kolonoskopi kadar efektif ve kolonoskopiden daha güvenli bulunmuştur. Yaşlılarda sağ kolon kanseri olma olasılığı daha yüksek olduğundan bunları saptayamamaktadır. Fleksible sigmoidoskopi ile her 5 yılda bir tarama yapılmalıdır.

BT Kolonografi; çok sayıda ince kesit tomografi çekimlerinin kullanıldığı bir yöntemdir. Rektuma yerleştirilen katater ile hava veya CO2 verilir. Öncesinde bağırsak temizliği gerektirir. Sedasyon yapılmadan uygulanır. 1 cm ve üzeri lezyonları kolonoskopiye benzer oranda saptayabilir. 5-9 mm arası lezyonları kolonoskopiden daha az oranda ama kabul edilebilir bir kesinlikle saptayabilir. 5 mm altındaki lezyonları saptamada ise yetersizdir. Saptanan 6mm ve üzeri tüm lezyonlar kolonoskopi ile değerlendirilmelidir. BT kolonografi ile her 5 yılda bir tarama yapılmalıdır.

Girişimsel olmayan yöntemler

Dışkıda gizli kan bakılması: Dışkıda insan hemoglobini yanında besinle alınan hayvan hemoglobini de saptamaktadır. Bu nedenle test öncesi diyet yapılmalıdır. 3 gaita örneği ardışık olarak incelenmelidir. Dışkıda gizli kan bakılması testi ile tarama yılda bir kez yapılmalıdır.

Dışkıının immünokimyasal incelenmesi (FIT): Dışkıda sadece insan hemoglobini saptar. Bu nedenle test öncesi diyet yapılmasına gerek kalmaz. Tek gaita örneği yeterlidir. Gaitada gizli kan testine göre daha spesifiktir. Dışkıının immünohistokimyasal incelemesi ile tarama yılda bir kez yapılmalıdır.

Fekal DNA testi: DNA gaita kitleri, DNA paneli içermektedir. Kolorektal kanser ile ilişkili tüm genetik anormallikler DNA testine dahil edilemediği için yanlış negatifliği olan bir testtir. Ayrıca pahalı bir tekniktir. Fekal DNA testi ile tarama her 3 yılda bir yapılmalıdır.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM); ülkemizin altyapı ve olanakları doğrultusunda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi ile tarama yapmaktadır. Tarama için hedef popülasyonu ise 50-70 yaş arası kişiler olarak belirtmiştir. Ailede ailesel kolon kanseri öyküsü, ailede veya kişide adenom veya kolorektal kanser tanısı olması veya kişide inflamatuvar bağırsak hastalığı olması tarama önerilerini değiştirebilmektedir.

Meme Kanseri Taraması

Meme kanseri görülme sıklığı 40 yaş ile artmaya başlamakta, 45-65 yaşta daha dik bir artış gösterip 65 yaş sonrasında plato çizmektedir. Meme kanseri mammografi ile taranmaktadır. "Kendi kendine elle meme muayenesi" ise ölümleri azalttığına dair kanıt olmaması nedeniyle artık tarama programları içerisinde sayılmamaktadır.

Meme kanseri için taramaya başlama yaşı ve tarama sıklığı konusunda net bir fikir birliği yoktur. (40-45-50. yaş?- yıllık/iki yılda bir/üç yılda bir?) KETEM **40-70 yaş arası** kadınlara **2 yılda bir mammografi** ile tarama yapmaktadır. Özellikle birinci derece yakınında meme kanseri öyküsü olan, BRCA-1, BRCA-2 ve p53 mutasyonu gibi kanser genetik yatkınlığı olan hastalarda ise tarama yaşı değişkenlik göstermektedir.

Amerikan geriatric cemiyesi, meme kanseri taramasının yaşam beklentisi 10 yılın üzerinde olan yaşlı kadınlara yapılması halinde ölüm oranlarını azaltma açısından faydalı olacağını bildirmiştir. Beklenen yaşam süresi 10 yıldan az olan bireylerde tarama ile kanser saptanması halinde, bu bireylerin tedaviden fayda şansının az olacağını, aksine verilecek ilaçlar ile zarar görme ihtimallerinin fazla olduğunu bildirmiştir.

Serviks Kanseri Taraması

Serviks kanseri gençlere göre yaşlılarda daha az agresif seyretmektedir. Daha önceden serviks taraması yaptıran yaşlı kadınlarda yüksek dereceli tümör görülme sıklığı düşüktür. Ancak daha önce hiç tarama yaptırmamış yaşlılar en yüksek insidans ve ölüm oranına sahiptirler.

HPV (human papilloma virus), cinsel yol ile bulaşan bir virüstür. Hem kadın hem erkekte genital enfeksiyona yol açar. HPV tip 16 ve 18 genotipleri kanser öncüsü lezyonlar yanında; vulva, vajen, rahim ağzı kanserine, penil kansere ve anal kanserlere de neden olur. Ayrıca ağız ve yutakta kansere neden olduğu da bilinmektedir. HPV enfeksiyonunu ve neden olduğu lezyonları önlemek amacıyla 3 farklı tip HPV aşısı geliştirilmiştir. Her biri farklı sayıda genotipe karşı geliştirilmiştir:

- **Quadrivalan aşısı** (Gardasil)- tip 6, 11, 16, 18
- **9-valanlı aşısı** (Gardasil 9)-tip 6,11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
- **Bivalent aşısı** (Cervarix)- tip 16 ve 18

DSÖ'ye göre aşının yapılacağı hedef kitle 9-13 yaş arası kız çocuklarıdır. Ancak birçok kılavuz, ilk cinsel temas öncesine dek aşının yapılabilmesini belirtmektedir. Aşı daha önce HPV ile karşılaşmamış kişilerde en etkilidir. Aşı mevcut HPV enfeksiyonunu tedavi etmez. Gardasil; 0-2-6. aylarda 3 doz halinde kas içine enjeksiyon şeklinde uygulanır. Aşılar içerisinde bulundurdıkları HPV tiplerine karşı %100 korurlar. Aşı yapılsa da diğer tiplerle de kanser gelişebileceğinden kanser taramasına devam edilmelidir.

Serviks kanser taraması, iki şekilde yapılabilir:

1. Pap-smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan kanser öncülü servikal lezyonlar saptanır.

2. HPV testi: Rahim ağzından alınan sekresyonlarda HPV DNA'nın varlığının incelenmesi esasına dayanır.

KETEM, 30-65 yaş arası kadınları her 5 yılda bir pap-smear testi veya HPV testi ile taramaktadır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda ise taramayı kesmektedir. Kanser dışı nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların serviks kanseri açısından takibi gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç dokümanite edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir.

Tartışmalı Kanser Taramaları

Akciğer kanseri: Amerika'da 55-80 yaş arası yüksek riskli (en az 30 paket/yıl sigara içmiş olup halen içen veya son 15 yıl içinde bırakmış olan) hastalara yıllık olarak düşük doz göğüs BT ile tarama önerilmekte, tarama eğer yaşam beklentisi kısa ise ve sigarayı bırakalı en az 15 yıl olmuş ise kesilmektedir. Türkiye'de akciğer kanseri henüz rutin tarama programları içerisine dahil edilmemiştir.

Prostat Kanseri: Son yıllarda prostat kanser taraması oldukça tartışmalıdır. Tarama ile PSA yüksekliği saptanıp, biyopsi ile kanser tanısı konan yaşlı hastalar, cerrahi tedavi veya medikal tedavi gördükten sonra üriner inkontinans ve impotans gibi yan etkiler görülmekte ve bu durum yaşam kalitesini bozabilmektedir. Oysa prostat kanseri hastaların bir kısmında herhangi bir probleme yol açmadan yıllarca sessiz kalabilmektedir. Bu nedenle de Avrupa Tıbbi Onkoloji Topluluğu (ESMO) ve Amerika Üroloji Derneği asemptomatik 70 yaş üzeri hastalarda tarama önermediklerini açıklamıştır. Ancak ülkelerin ve derneklerin bu konudaki önerileri ve yaklaşımları farklılık göstermektedir. Kılavuzların üzerinde durduğu diğer bir nokta da hastanın; prostat kanseri taramasının faydaları ve olası zararları konusunda bilgilendirilerek görüşünün alınması, kişinin tercihinin de dikkate alınması gerektiğidir.

GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA AŞILAR

Amerika 'Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 65 yaş ve üzeri yaş grubunda yapılmasını önerdiği dört aşı mevcuttur. Bunlar influenza (grip) aşısı, pnömokok (zatürre) aşısı, tetanos aşısı ve zona aşısıdır.

İnfluenza aşısı her yıl, yılda bir kez yaptırılmalıdır. Ülkemizde grip salgınları genellikle aralık ve şubat aylarında artmakta, mayıs ayına dek görülebilmektedir. İdeali eylül-kasım ayları arasında aşılanmak olsa da ocak ayı sonrası dahi aşılanmak için geç değildir. Aşılandıktan sonra virüse karşı vücutta antikor gelişmesi 2 haftayı bulduğu için aşılanma sonrası ilk 2 haftada gribe yakalanma riski devam etmektedir. Virüs yayılmaya başlamadan önce sonbaharın erken dönemlerinde aşılanmak bu nedenle önemlidir.

İki tip zatürre aşısı mevcuttur; biri polisakkarit pnömokok aşısı (PPA 23), bir diğeri ise konjuge pnömokok aşısı (KPA13)'dir. İki aşının birlikte kullanımı ile etkinlik artmaktadır. 65 yaş ve üzerinde hem PPA23 hem de KPA13'ün, ikisinin birden ardışık olarak (bağışıklık sistemini baskılayan bir durum yok ise en az 1 yıl ara ile iki aşının da yapılması önerilmektedir) uygulanması önerilmektedir.

Tetanosa karşı en iyi korunma yolu aşılanmadır. Tetanos kliniği ağırlıklı olarak ya hiç aşılanmamış ya da eksik aşılanmış yaşlılarda ortaya çıkmaktadır. 65 yaş ve üzeri kişilerde aşılanma durumu bilinmiyorsa ya da önceki aşılanma üzerinden 10 yıl geçmiş ise aşılanma önerilmektedir.

Zona aşısının, daha önce zona geçirmiş veya geçirmemiş, 60 yaş ve üzerindeki herkese 'tek doz' yapılması önerilmektedir. 50-59 yaş arası grupta ise aşının etkinliği bilinmemektedir. 60 yaş ve üzerinde zona aşısı yapıldığında, aşı yapıldıktan sonraki ilk 5 yıl içinde aşının koruyuculuğu azalmaktadır. 5 yıldan sonraki koruyuculuk ise belirsizdir. Bu nedenle 60 yaşından önce aşı yaptırılması halinde özellikle zona ve komplikasyonlarının görülme riskinin yüksek olduğu yaş dönemi için aşının koruyuculuğu belirsiz hale gelmektedir. Zona aşısı ülkemizde geri ödeme kapsamında değildir.

BESLENME

Yaşlının beslenmesi ile ilgili bazı temel bilgileri şöyle sıralayabiliriz:

- Yaşlılarda optimal vücut kitle indeksi 25-30 arasındır.
- Günlük enerji ihtiyacı yaklaşık 30kcal/kg'dır.
- Günlük en az 30-40 ml/kg su içilmelidir.
- Beslenmenin %60'ı karbonhidrat (tahıl, sebze, meyve)
 - %25'i yağ (omega3>>bitkisel>>hayvansal)
 - %15'i proteinden oluşmalıdır.
- Günlük 1-1,2 g/kg protein alınmalıdır.
- Günlük en az 25-30 gr posa alınmalıdır (kepek, kurubaklagil, çavdar, yulaf).
- Günlük 800 IU D vitamini, 1200 mg kalsiyum alınmalıdır.

Multi-vitamin alımının kanser, kardiyovasküler hastalık ve diğer hastalıkları önlediğine dair kanıt yoktur. Ayrıca bazı vitaminlerin fazla miktarda alınması toksik etki yarattığından rutin olarak ve doktor önerisi olmadan kullanımları önerilmemektedir.

Sarkopeni kas gücü ve kas kütlesinde kayıp anlamına gelmektedir. Yaşlının bağımsızlığını kısıtladığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü (düşme, kırıklar, yatağa bağımlılık, bası yaraları...) için oldukça önemlidir. Sarkopeniyi önlemek için protein, kalsiyum ve D vitamininden yeterli miktarda beslenilmeli ve kas gücünü arttırmaya yönelik aerobik ve direnç egzersizleri yapılmalıdır.

EGZERSİZ

Ne ileri yaş, ne de kronik hastalıklar fiziksel aktivite için engel değildir. Her hastalığa ve her koşula uygun bir fiziksel aktivite mutlaka vardır. En ideal fiziksel aktivite yürüyüştür. Başlangıçta 20 dakikalık sürelerle başlanılarak, haftada 10 dakika artırılarak hedefe ulaşılabilir. Hedef ise haftada 150 dakika egzersiz yapmak olmalıdır. Egzersiz, kas kuvvetini ve dolaşımı artırır, dengeyi iyileştirir, bacak kasılmalarını azaltır, stresi ve gerilimi azaltır. Yürümeye alternatif aktiviteler ise yüzme ve bisiklete binmedir.

Yaşam boyu sağlık için sadece hastalandığınızda değil sağlıklıyken de koruyucu önlemleri öğrenmek için doktorunuza başvurun. Sağlıklı bir yaşlılık dönemi sağlıklı bir çocukluk ve yetişkinlik sayesinde olur.

Sağlığınıza gereken özeni gösterin, yaşlılığınıza yatırım yapın ■

KAYNAKLAR

TÜİK. (2016). İstatistiklerle yaşlılar, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 21520, 17 Mart.

Notlar

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The paper is otherwise completely empty, with no margins, text, or other markings.

Notlar

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The paper is otherwise completely empty, with no margins, text, or other markings.

Notlar

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The paper is otherwise completely empty, with no margins, text, or other markings.

“Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017”,

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ve Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (YAŞAM) tarafından 2 Mart 2017 tarihinde Ankara’da “Yaşam Boyu Sağlık ve Sağlıklı Yaşam Kültürü” ana temasıyla gerçekleştirilmiştir.

Yaşam boyu sağlık farkındalığı ile yaşlanmadan yaşlılık dönemine hazırlanma, sağlık için risk oluşturabilecek davranışlardan uzak durma, fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık hizmetlerinden doğru bir şekilde yararlanma, toplumsal katılım gibi uygulamalar ile sağlıklı yaşlanmanın bir “kültür” haline getirilmesi bireylerin yaşam kalitesinde etkili olmaktadır.

“Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi-2017” programının en önemli amacı daha aktif ve sağlıklı bir toplum için yukarıda ifade edilen konularda duyarlılık oluşturmaktır. Bunun yanında sağlık ve sosyal politikalar alanlarında yapılması gerekenleri vurgulamak, uzmanlar ile konuya ilişkin multi-disipliner bir fikir paylaşımı ve farkındalık ortamı oluşturmaktır. Zirvede belirtilen konularda özel sektör, üniversite, sivil toplum kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları arasında uygulamaya dönük bilgilerin, farklı konu ve konuşmacılar ile paylaşılması, buna ilişkin yeni başlıklar açılması ve bu konularda ülkemizin fırsat ve ihtiyaçlarının ortaya koyulması hedeflenmiştir.

Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi - 2017

ISBN: 978-975-590-635-x

1. Baskı: Aralık 2017, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü