

YAŞLILAR İÇİN SOSYAL POLİTİKA GÜNDEMİ

22 Mart 2011, Ankara - Türkiye

EDİTORLER

Doç. Dr. Emine ÖZMETE
Prof. Dr. Teslime ATLI
Doç. Dr. Hayat BOZ
Doç. Dr. Levent Akın
Yard. Doç. Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayın No: 1

ISSN 978-675-482-941-6 <http://yayinm.ankara.edu.tr/>

All rights reserved by Ankara University Center on Aging Studies
Tüm hakları Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından saklıdır.



SOCIAL POLICY AGENDA FOR ELDERLY PEOPLE

March 22, 2011, Ankara - Turkey

EDITORS

Assoc. Prof. Emine ÖZMETE
Prof. Teslime ATLI
Assoc. Prof. Hayat BOZ
Assoc. Prof. Levent Akın
Assistant Prof. Şenay GÖKBAYRAK

Ankara University Center on Aging Studies Publication No: 1

ISSN 978-675-482-941-6 <http://yayinm.ankara.edu.tr/>

All rights reserved by Ankara University Center on Aging Studies



**ANKARA ÜNİVERSİTESİ YAŞLILIK
ÇALIŞMALARI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

18-24 MART YAŞLILARA SAYGI HAFTASI

YAŞLILAR İÇİN SOSYAL POLİTİKA GÜNDEMİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

KONFERANS KİTABI

22 MART 2011

ANKARA -TÜRKİYE

**ANKARA UNIVERSITY CENTER ON AGING
STUDIES**

**MARCH 18-24, RESPECT WEEK FOR ELDERLY
PEOPLE**

**SOCIAL POLICY AGENDA FOR ELDERLY
PEOPLE**

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

CONFERENCE BOOK

MARCH 22, 2011

ANKARA-TURKEY

EDİTÖRLER KURULU:

Doç. Dr. Emine ÖZMETE

Prof. Dr. Teslime ATLI

Doç.Dr. Hayat BOZ

Doç. Dr. Levent Akın

Yard. Doç.Dr. Şenay GÖKBAYRAK

YÜRÜTME KURULU:

Doç. Dr. Emine ÖZMETE

Prof. Dr. Teslime ATLI

Doç.Dr. Hayat BOZ

Doç. Dr. Levent Akın

Yard. Doç.Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Yaşlılar İçin Sosyal Politika Gündemi Konulu Konferansın

Düzenlendiği Yer:

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 100. Yıl Toplantı Salonu- Ankara/Türkiye

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma

Merkezi Yayın No: 1

Basım Tarihi: 2011, Haziran

ISBN:978-975-482-981-5

Bu kitabın yayın hakkı Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne aittir.

Kaynak gösterilerek yapılacak alıntılar dışında, çoğaltma ve baskı yapılamaz.

EDITORS:

Associate Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Professor Dr. Teslime ATLI

Associate Prof.Dr. Hayat BOZ

Associate Prof Dr. Levent Akın

Assistant Prof.Dr. Şenay GÖKBAYRAK

PROVISIONAL PROGRAMME COMMITTEE:

Associate Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Professor Dr. Teslime ATLI

Associate Prof.Dr. Hayat BOZ

Associate Prof Dr. Levent Akın

Assistant Prof.Dr. Şenay GÖKBAYRAK

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Conference Center:

Ankara University Rectorship 100. Years Meeting Hall- Ankara/Turkey

Ankara University Center on Aging Studies Publication Nu: 1

Year: 2011, June

ISBN: 978-975-482-981-5

SUNUŞ

Yaşlılık, fiziksel ve mental yönden gerileme ile başlayan bir deneyimdir. Bu nedenle ne zaman başladığını da kesin bir çizgi ile ayırmak olanaksızdır. Bilinmektedir ki, dünyaya gelen her insan, doğduğu andan itibaren bir yaşlı adaydır. Yaşlı bireylerin sorunlarının yalnızca kronolojik yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkmadığı, toplum yaşamındaki değişimlerinde sorunlara neden olduğu açıktır. Toplumda değişen yaşam koşulları, geleneksel aileden çekirdek aile yapısına dönüşüm sürecinde kadının çalışma yaşamına daha fazla girmesi, ailelerin, sınırlı büyüklükteki konutlarda yaşamlarını sürdürmeye çalışmaları, kırdan kente göç hem kırsal alanda hem de kentsel alanda yaşayan yaşlıların sosyo-ekonomik ve kültürel sorunlarının giderek artmasına, bakım ihtiyaçlarının yeterince karşılan(a)mamasına neden olmaktadır. Diğer yandan günümüzde yaşlıların sorunlarının ve bakım ihtiyaçlarının geleneksel olarak yalnızca aile bağları ile çözülebileceğini düşünmek konuyu görmezden gelmek demektir. Aileyi yaşlının güvencesi olarak gösterebilmek için öncelikle ailenin güvenliğini sağlayacak sosyal politikaların üretilmesi gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde anayasa, yasalar, sosyal politika ve planlar uluslar arası toplumun belirlediği standartlar paralelinde yaşlıları "özel ihtiyaç grubu" olarak belirtmekte, bu grup için amaç ve hedefleri bilimsel yöntemlere, araştırma ve deneyimlere dayandırmaktadır. Böylece her ülke hedeflere erişmek için olanakları ölçüsünde ve tercihleri doğrultusunda çaba sarf etmekte ve yol kat etmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise genel yaklaşım, yalnızca kriz durumunda yaşlılar için çare arama, yardıma koşma şeklindedir. Oysa yaşlıların yaşamına ilişkin güçlükleri önleyecek ve sorun çözme yeterliliklerini geliştirecek, bunun için kaynaklara kolay ulaşmalarını sağlayacak politikalar ve uygulamalar daha fazla önemlidir. Çünkü bu sosyal politikalar yaşlıları güçlendirerek, özgür ve eşit haklara sahip bireyler

olarak topluma katılmalarını sağlamaktadır. Diğer yandan bu süreçte toplumun da yaşlılara yönelik tutumları biçimlenmektedir.

Konferansın ana teması “Yaşlılar için sosyal politika gündemi “ olarak seçilmiştir. Bu konu demografik dönüşüm sürecinde hızla yaşlanan toplumların yaşlılar için sosyal politika gündemine dikkat çekmek amacı ile seçilmiştir. Konferans; Türkiye’de, Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde ve Dünya’da yaşlıların psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarının, bakım ihtiyaçlarının bilimsel bir platformda akademisyenlerin, ulusal ve uluslar arası kurumların temsilcilerin katılımı ile tartışma olanağı sağlamak için önemli bir fırsat yaratmıştır.

YÜRÜTME KURULU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

tasam

INTRODUCTION

Aging is an experience which starts with physical and mental deterioration. Therefore it is not possible to accurately distinguish when it starts. Starting with the moment of birth, it is known that every person is a candidate of aging. It is clear that the problems of the elderly do not only result from chronological aging but also fluctuations and changes in the social life induce problems. Changing life conditions in the society, women's more frequent participation to work life in the transformation process from traditional family to nuclear family, families' struggle to survive in spatially limited houses and migration from rural to urban areas result in the fact that elderly living in both rural and urban areas experience more socio-economic and cultural problems, and their maintenance needs are not/cannot fulfilled properly. On the other hand, thinking that problems of the elderly can be solved, and their maintenance needs can be fulfilled through only traditional family networks, is in fact ignoring the problem. In order to argue that the family is the security for the elderly; primarily, necessary social policies that will ensure family's security should be produced.

In the developed countries, constitution, acts, social policies and plans define elderly as "group of special needs" in parallel with the standards specified by international society; grounding the aims and goals for this group on scientific methods, research and experience. Thus, each country is struggling for and proceeding to reach the goals in line with its opportunities and preferences. In developing countries like Turkey, the general attitude is to help elderly and seek remedy for them only in crisis situations. However, policies and practices which will prevent the difficulties in the elderly people's lives, which will develop their problem solving capability, and which will enable an easier access to resources are more important. Because; these social policies, by empowering elderly, they enable them to participate to society as being

free individuals with equal rights. In addition, in this process society's attitudes towards the elderly are also shaped.

The main theme of the conference is decided to be "social policy agenda for the elderly people". This theme is selected in order to draw attention to the social policy agenda of the societies which age rapidly in the process of demographic transformation. Conference has created an important opportunity for the discussion of psycho-social and economic problems and maintenance needs of the elderly in Turkey, in the member states of European Union and in the World on a scientific platform with the participation of academicians and representatives of the national and international institutions.

PROVISIONAL PROGRAMME COMMITTEE

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yaşam

İÇİNDEKİLER

Açılış Konuşmaları

Doç.Dr. Emine ÖZMETE, Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları

Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Prof.Dr. Cemal TALUĞ, Ankara Üniversitesi Rektörü

Bildiriler

Prof. Dr. İsmail TUFAN, Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Gerontoloji Bölümü

“Demografik Yapı Işığında Türkiye’de Yaşlılığa İlişkin Sosyal Politikalar”

Yusuf YÜKSEL, Devlet Planlama Teşkilatı Gelir Dağılımı ve Sosyal İçerme
Dairesi Başkanı

“Türkiye’de Yaşlılık Politikalarına Bütüncül Yaklaşım”

Figen TUNÇKANAT, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu Sağlık
Sektörü Sorumlusu

“Avrupa Birliği’nin Yaşlı Refahı ve Yaşlılığa İlişkin Politikaları”

Dr. Flavio LIRUSSI, Dünya Sağlık Örgütü Sağlığa Yatırım ve Kalkınma
Programı Avrupa Ofisi Danışmanı

“Dünya Sağlık Örgütü’nün Sağlıklı Yaşlanma ve Yaşlı Refahı Üzerine
Politika ve Stratejileri”

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

tasam

CONTENTS

Opening Speechs

Associate Prof. Dr. Emine OZMETE, Director of Ankara University Center on Aging Studies

Professor Dr. Cemal TALUĞ, Rector of Ankara University

Oral Presentations

Prof. Dr. İsmail Tufan, Akdeniz University, Department of Gerontology

“Social Policies on Aging in Turkey in light of Demographic structure”

Yusuf Yüksel, T.R. Prime Ministry State Planning Organization, Head of Distribution of Income and Social Inclusion Department

“Holistic Approach to Ageing Policies in Turkey”

Figen Tunçkanat, EU Delegation of Turkey, Coordinator of Health Sector

“EU Strategy and Policies on Aging and Welfare of Elderly People”

Dr. Flavio Lirussi, Scientist, WHO European Office for Investment for Health and Development

“WHO Strategy and Policies on Healthy Aging and Welfare of Elderly People”

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

tasam



ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yaşam

Yaşlılar İçin Sosyal Politika Gündemi-Konferans Kitabı

AÇILIŞ KONUŞMASI

Doç.Dr. Emine ÖZMETE

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Sayın rektörüm, fakültelerimizin değerli dekanları, ulusal ve uluslararası kuruluşların değerli temsilcileri ve saygı değer konuklar hepimize hoş geldiniz diyor ve sizleri saygıyla selamlıyorum.

Hem dünyada hem de ülkemizde nüfus içindeki payları gittikçe artan, bu ölçüde de yaşadıkları topluma önemli katkılar sağlayan yaşlılarımıza saygılarımı sunuyor, yaşlılara saygı haftasını kutluyorum.

Kısa adı YAŞAM olan Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi 09 KASIM 2010 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak “Yüksek öğretim Kurulu’nun Merkez kurma Yönetmeliği” esasına göre kurulmuştur. YAŞAM’ın tarihi çok genç ve yeni görünmektedir. Ancak YAŞAM bir hayalin, bir rüyanın tarihidir. Henüz “yaşlılık” kavramının bilimsel alanda, politika alanında ve toplumsal olarak çok fazla gündemde olmadığı bir dönemde, bu merkez fikri üzerinde konuşulmaya başlanmıştır. Bundan 17 yıl önce Dışkapı kampüsündeki odamızda yaşlılıkla ilgili çalışmalarımızı planlarken Türkiye gibi genç bir toplumda yaşlıları odağa alan kuruluşların sayısının artması gerektiği fikri de geliyordu. YAŞAM’ın kurulması üniversitemizde uzun süredir farklı disiplinler tarafından yaşlılık ve yaşlanma konusunda yapılan çalışmaların, araştırmaların ve projelerin bir çatı altında sürdürülmesi fikrine dayanmaktadır.

Türkiye’de bu konuda üniversitelere bağlı olarak faaliyet gösteren az sayıda kuruluş bulunmaktadır. Bunlar Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM), Başkent Üniversitesi

Yapracık Geriatri ve Psikolojik Rehabilitasyon Merkezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Uygulama ve Araştırma Merkezi'dir. Yapı Kredi Emeklilik'in sosyal sorumluluk projesi olan Yaşlılık Araştırmaları Merkezi ile Nazilli'de bulunan Türkiye İleri Yaşlılık Araştırmaları Merkezi (TİYAM) üniversite dışındaki yapılanmalardır. Yaşlılık konusunda çalışmalarını yürüten bu merkezlerin bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıda olduğunu görmekteyiz.

Türkiye'de demografik dönüşümün yaşlı nüfus artacak şekilde devam edeceği düşünüldüğünde YAŞAM'ın kurulmasının ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu noktada YAŞAM'ın amaçlarını şöyle sıralayabiliriz.

- Yakın gelecekte yaşlıların ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sosyal politikaların oluşturulmasına ve planların uygulanmasına katkıda bulunmak,
- Makro ve mikro düzeyde yaşlı refahı alanında araştırma/eğitim ve uygulamaya yönelik projeler yürütmek ve bunlara dayalı yayınlar yapmak,
- Yaşlılar için sürdürülebilir eğitim ve uygulama modelleri geliştirmek,
- Yaşlı bakımı ve refahı alanında çalışacak uzmanların yetiştirilmesini sağlamak ve danışmanlık hizmeti vermek.

Bu amaçlar doğrultusunda YAŞAM'ın faaliyet alanlarını;

- Yaşlı refahı alanında yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası ölçekte çalışmalar yapmak,
- Yaşlıların sosyal, psikolojik, sağlık, eğitim ve ekonomik koşullarını ortaya koyabilecek araştırmalar planlamak ve yayınlar yapmak,
- Projeler ve uygulama programları yoluyla Türkiye'de yaşlı refahının iyileşmesine katkıda bulunmak,
- Yaşlı bakımı ve yaşlı refahı alanında çalışacak uzmanların yetişmesi için eğitim programları düzenlemek,

- Uygulama ve geliştirme projeleri ile yaşlı refahı temelli hizmet sunan birimlere danışmanlık yapmak,
- Konu ile ilgili bülten, dergi, kitap gibi yayınlar yapmak, ulusal ve uluslar arası konferanslar, sempozyumlar ve benzeri bilimsel toplantılar düzenlemek,
- Yaşlı refahı konusunda diğer faaliyetlerde bulunmak olarak belirlemiştir.

YAŞAM'ın amaçlarına ulaşabilmesi ve faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için en önemli temel ilkesi yaşlı odaklı olmaktır: Bunun yanı sıra YAŞAM

- Disiplinlerarası/ disiplinlerüstü çalışmam yaklaşımını benimsemek,
- Ulusal ve uluslararası işbirliğini ve akreditasyonu geliştirmek,
- Sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler, kamu ve tüzel kişilerle işbirliği yapmak, yaşlı refahına yönelik ortak projeler uygulamak,
- Üniversite ile yaşlılara hizmet veren kuruluşlar arasında köprü olmak
- Yaşlı bireyin çevresine odaklanarak, yaşlı bireylerin yaşamlarını ekonomik, sosyal, kültürel, duygusal, fiziksel ve psikolojik yönlerden iyileştirecek programları planlamak ve uygulamak
- Yaşlı nüfusa ilişkin küresel eğilimleri izleyerek, ülkemizde buna ilişkin sosyal politikaların üretilmesine katkı sağlamak
- Araştırma, yayın, hizmet, eğitim ve toplumla ilişkileri önemsemek ve
- Sürdürülebilir olmak gibi temel ilkeleri benimsemektedir.

YAŞAMın amaçlarını ve faaliyetlerini yönlendirmek üzere yönetim kurulu ve danışma kurulu üyeleri bulunmaktadır.

Yönetim kurulumuz; dört üyeden oluşmaktadır.

YÖNETİM

Doç. Dr. Emine ÖZMETE, Müdür

Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

YÖNETİM KURULU ÜYELERİ:

Doç. Dr. Emine ÖZMETE, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü (Müdür)

Doç.Dr. Teslime ATLI, Tıp Fakültesi Geriatri Anabilim Dalı

Doç.Dr. Levent AKIN, Hukuk Fakültesi İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim Dalı

Doç.Dr. Hayat BOZ, Eğitim Bilimleri Fakültesi Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı

Yard. Doç.Dr. Şenay GÖKBAYRAK, Siyasal Bilgiler Fakültesi İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Anabilim Dalı

Yaşlılığı odağa alarak toplumdaki çocuk, genç, yetişkin gibi diğer grupların yaşlılığın değişen görünümleri konusundaki farkındalığını artırmak amacıyla faaliyetlerine yön veren YAŞAM'ın Danışma Kurulu, yaşlı refahı ile ilgili konularda çalışan uzman bilim insanları, bu konuda faaliyette bulunan kamu ya da kamu dışı kurum kuruluş temsilcilerinden oluşmaktadır.

Danışma kurulu, merkezin çalışmaları hakkında önerilerde ve katkılarda bulunabilmekte ve işbirliğine gidebilmektedir.

YAŞAM Danışma Kurulu Üyeleri;

- Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
- Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi Müdürlüğü
- Dünya Sağlık Örgütü
- Devlet Planlama Teşkilatı

- Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
- TC Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
- TC Sosyal Güvenlik Kurumu
- Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği
- Prof. Dr. Şengül Hablemitoğlu, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
- Prof. Dr. İsmail Tufan, Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü

Hizmet odaklı bir yaklaşımla YAŞAM'ın topluma ve bu konuda çalışan bilim insanlarına ulaşabilmesini, aynı düzeyde toplumun ve bilim dünyasının merkezimizin varlığından haberdar olmasını önemsiyoruz. Bu amaçla hem İngilizce hem de Türkçe broşür hazırladık. Bu günlerde YAŞAM'ın web-sitesinin hazırlığını yapmaktayız. Bu noktada iletişim bilgilerimizi sizinle paylaşmak istiyorum.

İletişim:

Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi

Adres: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Aktaş

Kavşağı Plevne Cad. No: 5 06340 Altındağ Ankara

Tel: 0 312 319 14 50

Faks: 0 312 319 70 16

E-Posta: eozmete@yahoo.com

Bugün burada yaşlılara saygı haftasını “yaşlılar için sosyal politika” gündemi konulu bir konferans ile kutlamak üzere bulunuyoruz. Bu konferansta değerli bilgilerinizi bizlerle paylaşmak üzere davetimizi kabul edip geldikleri için değerli konuşmacılarımız sayın Prof.Dr. İsmail Tufan'a, sayın Yusuf Yüksel'e, sayın Figen Tunçkanat'a ve sayın Dr. Flavio

Lurissi'ye çok teŖekkür ediyorum. Merkezimizin kurulması aŖamasında hep yanımızda olan, gönülden destekleyen, güçlenmesi için tüm olanakları bizimle paylaşan sayın rektörümüz Prof. Dr. Cemal Taluğ'a en içten teŖekkürlerimi sunuyorum. Merkezimize ilgi ve desteklerini esirgemeyen Ankara Üniversitesi Rektörlüğü AraŖtırma ve Uygulama Merkezleri Danışmanı sayın Prof. Dr. Esin Akı'ya çok teŖekkür ediyorum. YAŞAM'ın kurulması ile ilgili fikrin oluşturulması ve olgunlaştırılması noktasında büyük emeği geçen ve halen merkezimizi himaye eden Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanımız Sayın Prof. Dr. Ŗengül Hablemitoğlu'na sonsuz teŖekkürler ediyorum. Ayrıca Bu konferansın planlanmasında heyecanımızı derinden paylaşan ve yoğun programına rağmen katkılarını esirgemeyen Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Başkanı Sayın Mehmet KontaŖ' a en içten teŖekkürlerimi sunuyorum.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARİ
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yaşam

AÇILIŞ KONUŞMASI

Prof. Dr. Cemal TALUĞ

Ankara Üniversitesi Rektörü

Değerli konuklar, Dünya'da kısa süre sonra 60 yaşından büyük insanların sayısı 15 yaşından küçük insanlardan daha fazla olacak ve bu Dünya'da ilk kez yaşanacak. Bu durum bundan sonra böyle devam edecek. Bu nedenle böyle bir Dünya'ya hazırlanmamız gerekmekte. Günümüzde gençlere taş çıkaran yaşlı insanlar var. Hala çok yoğun çalışan ve üreten Talat Halman, Yıldız Kenter, Hayrettin Karaca ve Halit Kıvanç bu insanlara örnek. Buna rağmen yaşamın içinde olmayan çok sayıda yaşlı da bulunmakta. Yaşlıların yaşamın içinde olmalarını sağlamalıyız. Canlı, zinde üretken olarak hayatın içinde kalmalarını sağlamalıyız. Bu anlamda Üniversitemizde Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin, YAŞAM'ın toplumda bu ihtiyacı karşılayacağını düşünüyorum. YAŞAM'ın bu ilk etkinliğinde başarılar diliyorum.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yaşam

DEMOGRAFİK YAPI IŞIĞINDA TÜRKİYE'DE YAŞLILIĞA İLİŞKİN SOSYAL POLİTİKALAR

Prof. Dr. İsmail TUFAN

**Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Gerontoloji
Bölümü**

GİRİŞ

Yaşlıların çoğaldığı dünyada Türkiye hangi yolu seçeceğine karar verdi mi? Çok şey bilen ünlü bir filozofun hiçbir şey bilmediği soncuna vardığı gibi ve biz de bu sorunun cevabını bilmiyoruz. Ama bildiğimiz bir şey var: Türkiye en kısa zamanda bu soruya cevap vermelidir. Çünkü demografik değişimler bunu zorunlu kılmaktadır. Bu cevabın verilmesine Gerontolojinin de desteğini dikkate alması Türkiye'nin yararına olacaktır.

Binlerce yıl önce Gılgamış adındaki Mezopotamyalı bir kralın gördüğü ebediyen genç kalabilme rüyasını bugün de görmeye devam etsek de, sahip olduğumuz bilgiler, biyolojik (açıdan) yaşlanmayı durdurmanın imkansız olduğunu kabullenmek zorunda olduğumuza işaret ediyor.

Mann (1982)¹ Comfort'un 1970 yılında yapmış olduğu çalışmalarına dayanarak, bedensel yaşlanmanın biyolojik enformasyon kaybı anlamına geldiğini, ve bilim insanları arasında bu konuda görüş birliğinin egemen olduğunu belirtmektedir.

¹ Mann, J. A. *Geheimnisse der Lebensverlaengerung (orig. Secrets of Life Extension)*. Basel: Sphinx Verlag, (1982).

Aradan geçen sürede bu görüş hala ayaktadır. Güncel araştırmalar da biyolojik yaşlanmanın önü kesilmesi imkansız olan bir *kayıp süreci* olduğunu göstermektedir. Bu süreç içerisinde beden bütünü düzlemlerinde kayıplara uğrayan insan yaşlanmaktadır. “Yaşlanma, organizmanın fonksiyonlarında ve organ yapılarındaki geri dönüştürülmesi olanaksız olan değişimler tarafından belirlenmektedir” (Schachtschnabel, 2004)².

Biyolojik yaşlanma sürecinde bedensel fonksiyonlardaki kayıplar zamanla birikmektedir. Herhalde ölümün sebebi, bedenimizin zamanla çoğalan bu kayıplarla başarılı şekilde mücadele edememesine dayanmaktadır. İnsanı içten vuran bir “Truva Atı” vardır. Çünkü “Yaşlanma, organizmada giderek artan ve farklı biçimlerde onu hasara uğratan hücre düzlemindeki, geri dönüştürülmesi olanaksız değişimlerin birikimidir” (Ding-Greiner & Lang, 2004)³.

Ancak insan biyolojik kayıplarını bugün daha iyi *zamana yaymayı* becermektedir. Organizmanın fonksiyonlarında meydana gelen kayıpları önleyemese de, tıbbi olanaklar, genel yaşam koşullarında sağlanan iyileşmeler, çalışma koşullarında meydana gelen olumlu değişimler bu hasarların yaşamın geç dönemlerinde kendilerini hissettirmeye başlamalarına yol açmaktadır.

Viidik'e (2006)⁴ göre 1500'lü yıllarda bir kuşun yaşam beklentisine sahip olan insanın bugünkü yaşam beklentisi tamamen değişmiş, son yüz yıl zarfında iki-misli uzamıştır. İnsanın yaşam süresinin uzaması, bugün

² Schachtschnabel, D.O. Humanbiologie des Alterns. A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopaedie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 167-181). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, (2004).

³ Ding-Greiner, Ch. & Lang, E. Alternsprozesse und Krankheitsprozesse. A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopaedie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 182-206). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, (2004).

⁴ Viidik, A. Biologisches Altern – Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit (S.21-44). L. Rosenmayr & F. Böhmer (Eds.), *Hoffnung Alter: Forsvhung, Theorie, Praxis*. 2.Aufl. Wien: WUV, (2006).

toplumsal yaşlanma kavramıyla birlikte anılan *demografik değişim* olgusunu yaratmıştır. Bunun toplumsal anlamları, bu çalışmanın temasıdır.

Demografik Devrim

Türkiye'deki demografik değişimden bahsetmek yerine, daha ziyade bunu *hızı* dikkate alınmalıdır. Çünkü demografik değişim bütün ülkelerde görülen "dünya çapında" (Wahl & Heyl, 2004)⁵ bir fenomendir. Fakat her bölgede aynı hızla ilerlememektedir. Hatta dünyanın bazı bölgelerinde, genel eğilimin tersine gelişen demografik süreçlere de rastlanmaktadır. Gelişmemiş ülkeler arasında bazılarında yaşam süresinin kısaldığı da gözlemlenmektedir.

Politika, bilim ve toplum nüfusun yaşlandığının muhtemelen farkındadır. Bunun bir tahmin olarak ileri sürülmesi, özellikle politikanın ve bilimin Türk toplumunun yaşlanışına bakışıyla ilgilidir. Her ne kadar son dönemlerde yaşlılıkla ilgili bazı girişimler dikkat çekse de, toplumsal yaşlanma hızının ne denli yüksek olduğunun henüz farkına varılamamıştır veya bundan daha vahimi, eğer bunun farkına varıldıysa, buna karşı gösterilen pasif davranıştır. 12.Haziran 2011 tarihindeki genel seçimde bugün parlamentoya seçilen partilerin hiçbiri toplumsal yaşlanma konusuna değinmemişlerdir. Öyle anlaşılıyor ki devletin, partiler üstü, demografik değişimlerle başa çıkabilmeyi sağlayacak bir stratejisi bulunmamaktadır. Bu yüzden burada bir kere daha demografik değişimlere dikkat çekilmesi, bunun normal bir demografik değişim değil, aksine *demografik devrim* olduğunun gösterilmesi gerekmektedir. 2002 ve 2010 yıllarındaki nüfus yapılarının karşılaştırılmasından bu çok açık şekilde görülmektedir (TÜİK, 2002⁶, 2010⁷). Türkiye'deki demografik

⁵ Wahl, H.-W. & Heyl, V. *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer, (2004).

⁶ T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2002).

⁷ T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2010).

değişimlerin bir “tsunami” etkisi yaratacağına, demografik “dalğanın” sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri üzerinde yaratabileceği yıkım etkisine dikkat çekilmiştir. Bunun kanıtı olarak 1960-2002 dönemindeki 60+ yaş grubunun %57, 80+ yaş grubunun %266 oranlarındaki artışının bir başlangıç olduğu, yakın gelecekte bunun %1000'lere ulaşabileceği vurgulanmıştır (Tufan, 2007)⁸.

Tablo 1: Türkiye'nin nüfus yapısının değişimi (Kaynak: TÜİK, 2002, 2010; kendi hesaplamalarım)

	0-14	15-59	60 ve üzeri
2002 (Nüfus: 69 Milyon)	61,5	29,7	8,8
2010 (Nüfus: 74 Milyon)*	26,0	63,4	10,3

* 2010 yılına ait verilerin toplamı 100,0 yerine 99,7'dir. Aradaki kayıp rakamların yuvarlatılmış olmasından ileri gelmiştir.

Öngörülerimizde ne denli isabetli olduğumuzu aşağıdaki tablo kanıtlamaktadır. 2002 yılında 10-14 yaş grubunun nüfustaki oranı %61,5 idi. 2010 yılında bunun %26'a gerilediği, 15-59 yaş grubunun ise %29,7'den %63,4'e yükseldiği, demografik dalğanın büyük bir heyelan yarattığı görülmektedir. Aynı dönemde yaşlıların⁹ oranının %8,8'den %10,3'e yükseldiği de dikkat çekmektedir. Yaşlı oranı bağlamında tek haneli rakamdan çift haneli rakama geçiş ilk defa 2010 yılında olmuştur. Nüfus istatistiklerinde beşer yıllık arayla tanımlanan yaş grupları dikkate alındığında yine ilk defa 2010 yılında yaşlıların toplam oranının (60+ yaş grubu) beşer yıllık arayla ifade edilen diğer bütün yaş gruplarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ret edilmesi imkansız olan istatistikler,

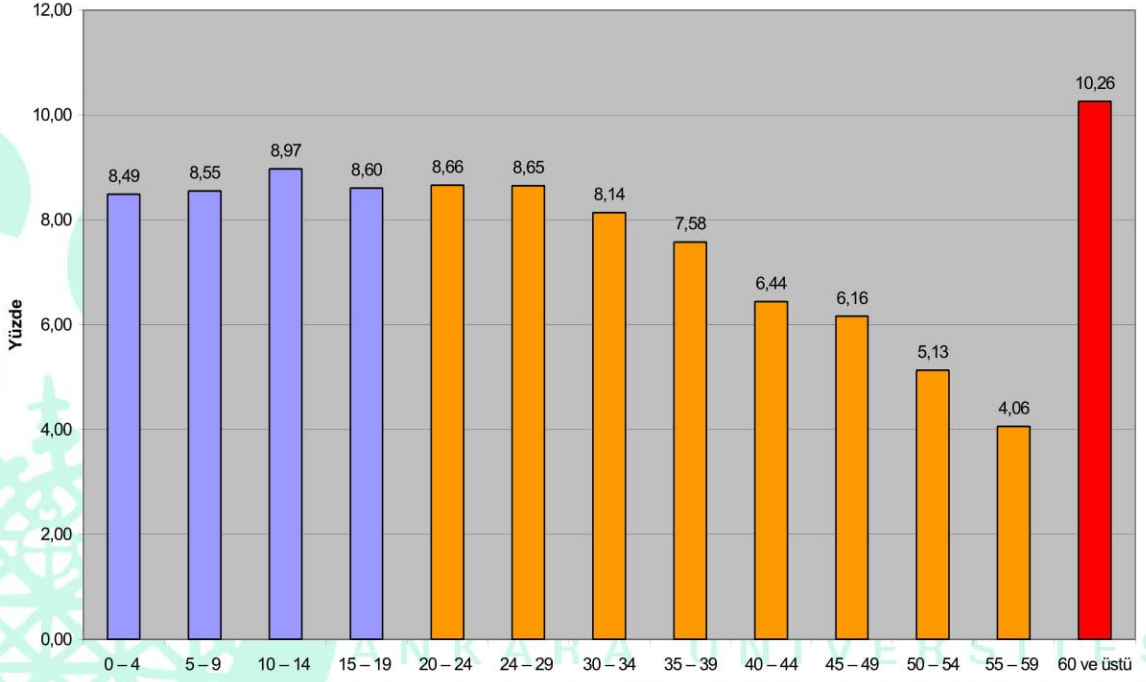
⁸ Tufan, İ. *Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu*. Antalya: GeroYay, (2007).

⁹ Yaşlı: Türk demograflar yaşlılığın başlangıcını 65'inci yaş ile başlatır; ama Türkiye'deki ortalama yaşam süresi, emeklilik sistemi ve genel yaşam koşullarına bağlı olan durumlar göz önüne alındığında bunun uygun olmadığını, yaşlılığın alt sınırını 60'inci yaş ile ifade etmenin daha uygun olacağı teklifi getirilmiştir. Burada “yaşlı” kavramı daima 60 yaş ve üzerindeki bireyleri kastetmektedir. Bu tanımlama, yaşlılığın toplumsal bir tasarım olduğuna da işaret etmektedir.

Türkiye’de *toplumsal yaşlanma* hızının çok yüksek düzeyde seyrettiğinin kanıtlarıdır.

Şekil 1: Türkiye’nin bugünkü nüfus yapısı

Türkiye’nin Demografik Yapısı

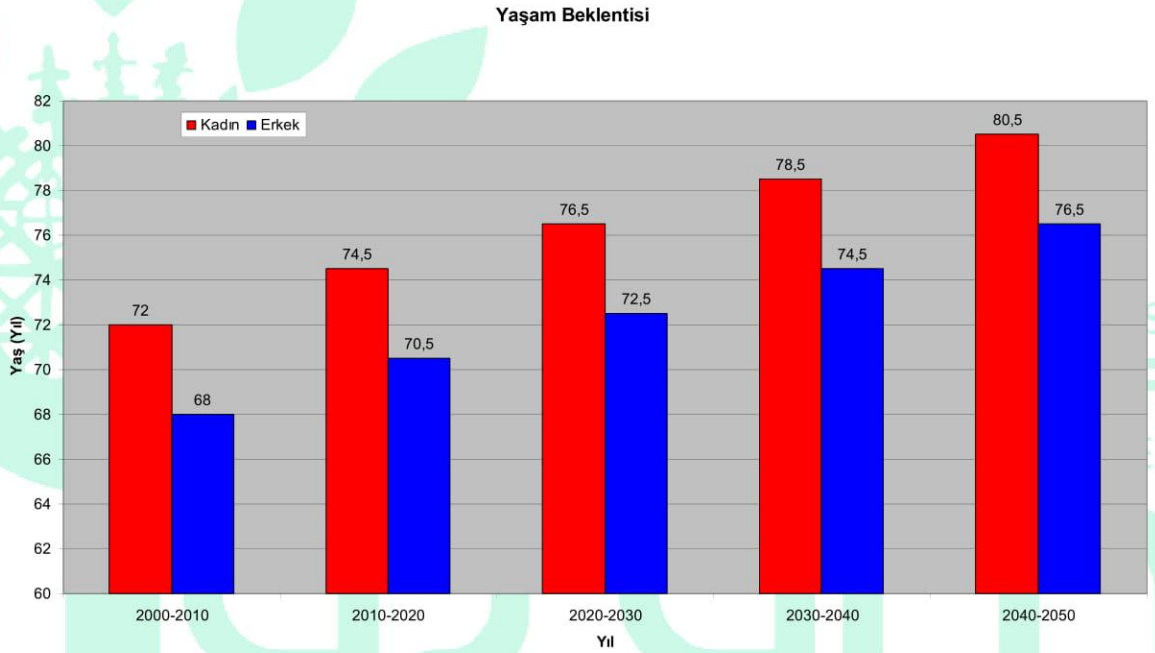


Kanıtları algılamada zorluk çekenlerin toplumsal yaşlanmanın varlığını dikkate almamalarının sebebi ve gerekçesi, genellikle nüfusun artmaya devam etmesidir. Bu, yaşlıların çoğalmasına rağmen, *geriden* genç kuşakların geldiği ve bu yüzden toplumsal yaşlanmanın önemli olmadığı inancının ayakta kalmasını sağlamaktadır. Türkiye’nin nüfusu gerçekten bir taraftan yaşlanırken, diğer taraftan da çoğalmaktadır. Fakat bu bir avantaj değil, daha ziyade bir dezavantajdır. Çünkü Türkiye’nin ne yaşlılık politikaları bulunmadığı gibi gençlik politikaları da toplumun beklentilerine uygun değildir. Özellikle gençlerin eğitimi, meslek eğitimi ve istihdamı ile ilgili problemler çığ gibi büyümektedir. Eğitim politikaları ile yaratılan suni bir “üniversitelilik” dalgası ülkeyi kaplamış, genç hayatları silip süpürmektedir. Gençler eğitim ve meslek eğitiminde alternatifsizliğin

kurbanları durumundadırlar ve onlar geleceğin sosyal güvenlikten yoksun ve yoksul yaşlı adaylarıdır (Bk. Tufan, 2007).

Endüstri ülkelerinde Oeppen ve Vaupel'e (2002)¹⁰ göre endüstri ülkelerinde ortalama yaşam süresi her 10 yılda 2,5 yıl uzamaktadır. Endüstri ülkeleri arasına katılmak üzere olan Türkiye'de ortalama yaşam süresinin benzer bir şekilde yükseldiği varsayımından hareket ederek yaptığım hesaplamalar aşağıdaki grafiği vermiştir. Hesaplanan ortalama yaşam süreleri, 2040-2050 döneminde dünyaya gelen kadınların 80,5 ve erkeklerin 76,5 yıllık yaşam beklentisine sahip olacaklarını göstermiştir¹¹.

Şekil 2: Türkiye'de ortalama yaşam süresi üzerine bir öngörü



Basit bir hesaplama metoduyla elde edilen bu öngörünün güvenilir olup olmadığı konusunda eleştiri getirilebilir. Fakat normal şartlarda yaşam süresinin uzayacağı kesindir. Muhtemelen daha kompleks

¹⁰ Oeppen, J. & Vaupel, J.W. Broken limits to life expectancy. *Science*, 296: 1029-1031, (2002).

¹¹ Hesaplamaların çıkış noktasını 2005 yılında erkek ve kadınların ortalama yaşam süreleri (TÜİK, 2005) meydana getirmektedir. Bu rakamlardan hareket ederek, yaşam süresinin lineer şekilde yükseleceği kabul edilmiştir.

hesaplamalardan hareket edilerek OECD ülkelerinde ortalama yaşam süresi üzerine ortaya konulan öngörülerden biri, bizim hesaplamamızın pek de yanlış olamayacağına işaret etmektedir. Horx'a (2003)¹² göre OECD ülkelerinde 2020 yılında ortalama yaşam süresi 82 yıl, 3 kişiden biri 60 yaşını aşmış olacaktır ve 2050'de ortalama yaşam süresi 85'e yıla yükselecektir. Bunun daha gerçekçi bir öngörü olduğu kabul edilirse, bizim öngörümüzün bir hayli "iyimser" olduğunu söylenebilir ve Türk toplumun 2050 yılında bizim tahminlerimizden daha "yaşlı" olabileceğinin dikkate alınması gerekir.

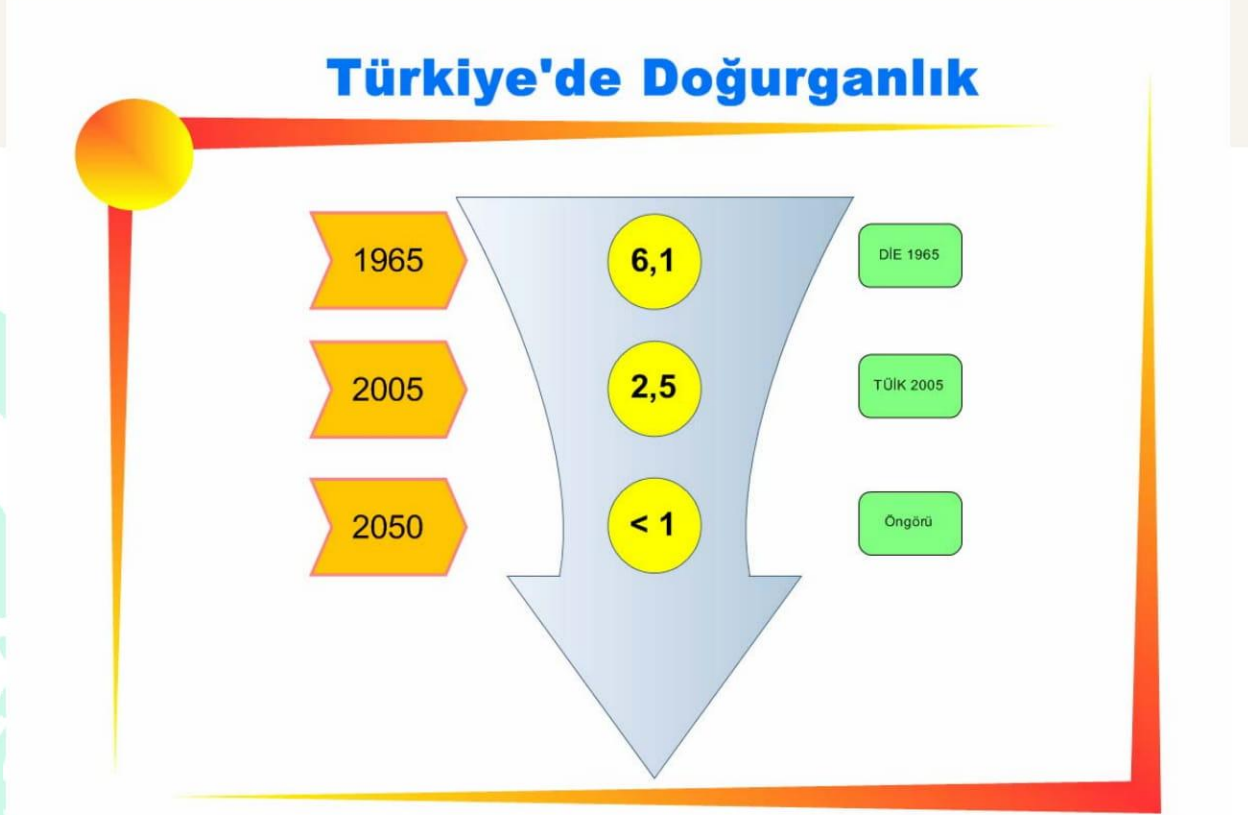
Türkiye 1960'lı yıllarda doğurganlık açısından dünyanın önde gelen ülkelerinden biriydi. Yaşı 15-49 yaşları arasındaki bir Türk kadını 1965 yılında ortalama 6,1 çocuk dünyaya getirmekteydi (TÜİK, 1965)¹³. Uyguladığı nüfusu azaltıcı politikalar ile Türkiye, yüksek düzeydeki doğurganlığın azalmasını sağlayabilmiş, 2005 yılında 2,5 'e gerilemiştir (TÜİK, 2005)¹⁴. Güncel rakam 2,2'dir (TÜİK, 2010). Şimdilik nüfusun "yenilenmesini" sağlayacak düzeyde olan doğurganlığın bu yüzyılın ortalarında 1'in altına ineceği kabul edilirse – gidişat bunu gösteriyor – Türkiye'de başlamış olan demografik devrim tümüyle gerçekleşmiş olacaktır.

¹² Horx, M. Die "graue Revolution" – ein Menetekel?, *Das Internet ist reif: Die Generation 50 Plus entdeckt ein Medium*, Ed: Echo Medienhaus, Wien, (2003).

¹³ T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (1965).

¹⁴ T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2005).

Şekil 3: Türkiye'de doğurganlık rakamları (TÜİK 1965, 2005; 2050 ile ilgili rakam tahminidir).



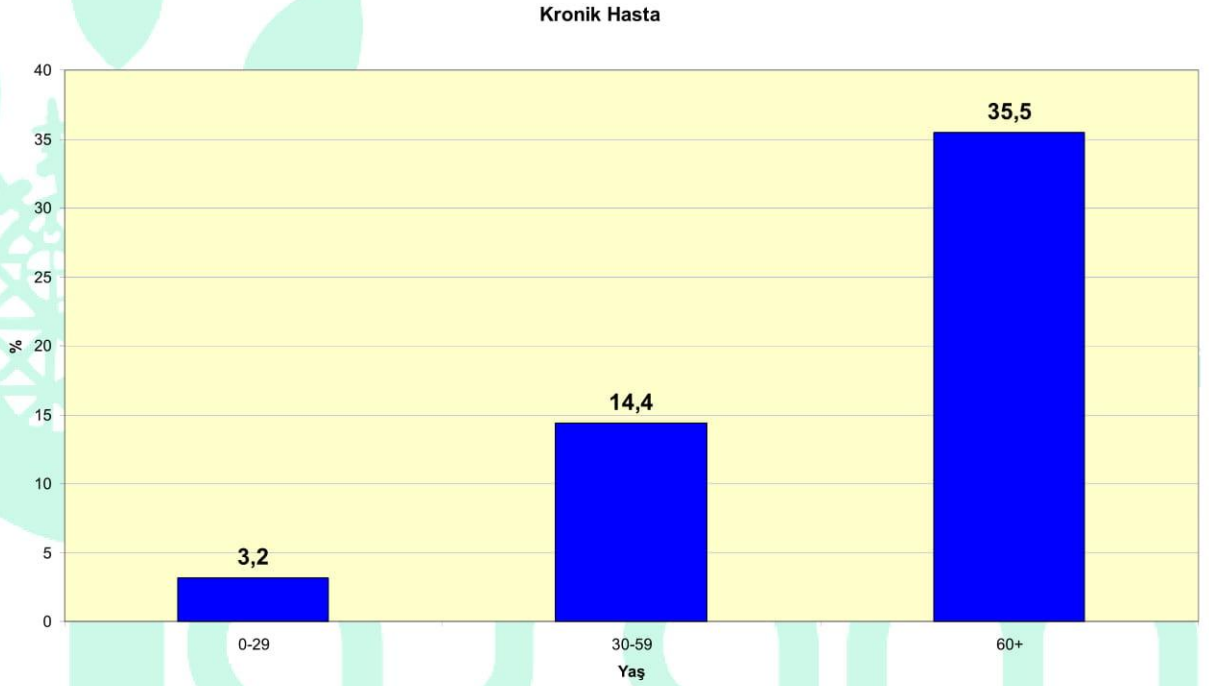
Türkiye'nin 2050 yılında nüfusunun 100 milyona erişmesi belirtilmektedir. Öngörülerimize göre bunun %30'u yaşlılardan meydana gelecektir. Dolayısıyla bu yüzyılın ortasında Türkiye'de 30 milyon civarında yaşlı insan yaşayacaktır. Horx'un (2003) OECD ülkeleri ile ilgili 2050 yılıyla ilgili "3 kişiden biri 60 yaşını aşmış olacaktır" öngörüsü de bizim öngörümüzle örtüşmektedir.

Analizler ve öngörüler Türk toplumunun yaşlandığını ortaya koymaktadır. Bunun sadece Nüfus Bilimi (Demografi) açısından bir anlamı olamaz. Daha önemlisi bu demografik eğilimin toplumsal sonuçlarının algılanabilmesidir. Sadece bu şekilde demografik devrimin sosyal sistemler üzerindeki yıkıcı etkilerine karşı etkin önlemler alınabilir.

Kronik Hasta Yaşlılar

Araştırmacıların yaşlılıkla ilgili tespit ettiği sorunlardan biri hastalıkların mahiyetinde meydana gelen değişimdir. Genç yaşlarda *akut* hastalıklara, yaşlılıkta ise *kronik* hastalıklara daha sık rastlanmaktadır. İstatistikler Türkiye’de de bunun geçerli olduğunu göstermektedir. Yaşlıların %35’ten fazlası kronik hastadır. Yaşlılar ve diğer yaş grupları arasında bu bağlamda istatistiksel manidar (*Alm.* signifikant) fark vardır (TÜİK, 2002; analiz: Tufan).

Şekil 4: Türkiye’de kronik hastaların yaşa bağlı dağılımı (TÜİK, 2002; analiz: Tufan).



İstatistiklerin ortaya koyduğu bu durum yaşlılığın olumsuz algılanışında önemli etkenlerden biridir. Özellikle “hastalık” ve “engellilik” kavramları birbirine karıştırılırsa! *Özürülüler İdaresi*’ne göre kronik hastalar özürlüdür. Budan çok daha önemlisi “özürlülük” kavramından neyin anlaşıldığıdır. Aynı devlet kurumuna göre özürlülük, kısmen veya tümüyle sosyal yetilerin yitirilmesidir (TÜİK & Türkiye Özürülüler İdaresi, 2002)¹⁵. Bu görüşten

¹⁵ T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu & T.C. Başbakanlık Özürülüler İdaresi. *Türkiye Özürülüler Araştırması*. Sonuç Raporu. Ankara, (2002).

hareket edilirse, o zaman kronik hastalıkların sosyal yeti kayıplarına yol açtığını kabul etmek gerekir. Bunun tamamen yanlış bir tanım olduğunu bilmek için uzman olmak gerekmez, herhalde pek çok insan “şeker hastalığını” (diabetes mellitus) tanır ve bu hastalığın sosyal yetilere dokunmadığını bilir.

Yaşlı nüfusta tespit edilen kronik hastalıkların yaygın oluştukları yanıltıcı duruma dikkat edilmesi gerekmektedir. İstatistiklerin dikkatli analizleri, kronik hastalıkların yaşlılık öncesi dönemde meydana geldiklerini ortaya koymaktadır. Bu sonuca bizi ulaştıran basit mantık şudur: kronik hastalıklar bugünden yarına ortaya çıkmamaktadırlar. Genellikle görece uzun bir geçmişe sahiptirler. Fakat istatistiklerde 60-64 yaş grubunda kronik hastaların oranı %30'a varmaktadır (TÜİK, 2002; analiz: Tufan). Dolayısıyla yaşlılık dönemine yeni girmiş olan bu yaş grubundaki bireylerin, 60 yaşına basar basmaz kronik hastalığa yakalanma şansı azdır. Bu yüzden kronik hastalıkların yaşlılık döneminden önce meydana geldikleri, yani “kronik hastalığı ile beraber yaşanan” insanların çoğunlukta oldukları, daha mantıklı bir görüştür. Bu görüşü destekleyen başka göstergeler de vardır. Örneğin objektif yaşam koşullarının yarattığı dezavantajların insan sağlığına verdiği zararlar, örneğin kötü koşullarda ikamet (gecekondu vs.), erken yaşlarda kronik hastalıklara yakalanma olasılığını yükseltmektedir. Bu yüzden Türkiye’de yaşlılar arasında üst düzeyde yaygın olan kronik hastalıkların asıl sebepleri dikkate alınmadan, yaşlılığın kronik hastaların çoğalmasına yaptığı etkileri değerlendirmek güçtür.

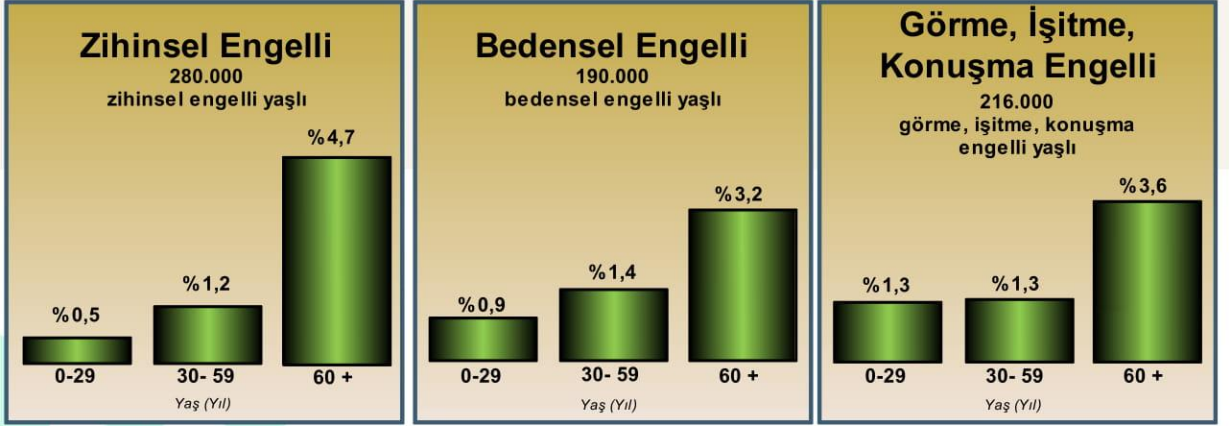
Engelli Yaşlılar

Kronik hastaları özürlü (engelli) kabul eden devlet kurumunun hesaplamalarına göre Türkiye’de nüfusun %12,3’ü özürdür (TÜİK & Türkiye Özürümler İdaresi, 2002). Fakat belirtilen sebepler, bu rakamın doğruluğundan şüphe duymayı da gerekli kılmaktadır.

Dünya Sağlık Organizasyonu (WHO, 1993)¹⁶ engelliliği, bedensel fonksiyonlardaki hasarların yarattığı sosyal sonuçlar, olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan yola çıkarak *Türkiye Özürlüler Araştırması* (2002) verilerinin yeniden analizi yapılmıştır. Bu analizlerden ortaya çıkan sonuçlara göre yaşlı nüfusta “fonksiyon hasarları” diğer yaş gruplarındakinden belirgin şekilde daha yüksektir. Bedensel, zihinsel ve duysal engelliliklere yaşlılarda daha sık rastlanmaktadır, ama bunların *ne zaman* meydana geldikleri (doğuştan, çocukluk, gençlik, orta yaş, yaşlılık) sorusuna cevap verilememektedir. Bizim analizlerimiz, nüfusun %11,5'nin engelli olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Aradaki “ufak” fark (%0,8), o dönemdeki nüfusta 552.000 kişiye denk gelmektedir. Engelli sayısı 7,94 milyondur. Bunların içinde yaşlıların sayısı 690.000 civarında “görünmektedir”, ama analizlerimiz sırasında yaşlılar arasında “görünmeyen” bir grubun da engelliler arasında yer alması gerektiğidir. Türkiye'nin istatistiklerinde “Alzheimer hastaları” “unutulmuştur” (Tufan, 2007). Türkiye Özürlüler İdaresi'ne göre (2002) sadece 17.000 civarında zihinsel engelli yaşlı vardır. Fakat analizler, Alzheimer hastası yaşlılar hariç, en az 280.000 yaşlı zihinsel engellinin bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Bunların içinde o dönemde 250.000 kişiyi kapsadığı tahmin edilen Alzheimer hastaları yer almamaktadır. Bunları da sayarsak 2002 yılında zihinsel engelli yaşlıların sayısı 530.000'ne yükselmektedir. Böylece toplam yaşlı engelli sayısı 936.000 kişiye yükselmektedir. 7,94 milyon engelli içersinde yaşlıların oranı sadece %11,8'dir. Yani engellilerin büyük çoğunluğu yaşlı değildir. Dolayısıyla yaşlılık ve engellilik arasında sıkı bir ilişkinin var olduğundan söz edilemez.

¹⁶ World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO: Genf, (1993)

Şekil 5: Türkiye'de engellilerin yaş gruplarına göre sayısı ve oranı



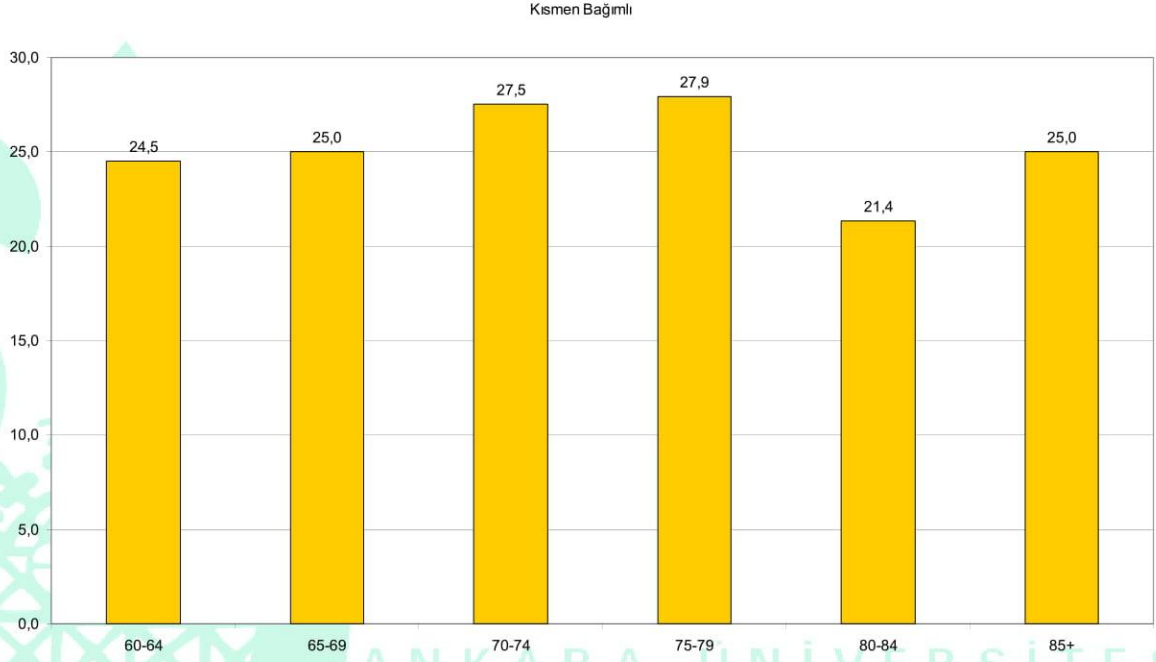
Bakıma Muhtaç Yaşlılar

Eğer bakıma engellilik *bakıma muhtaçlığın* bir parçası olarak kabul edilirse, yaşlılar açısından yukarıda tespit edilen olumlu durum yaşlıların aleyhine değişmektedir. Bu bağlamda bakıma muhtaçlığın nasıl tanımlandığı da önemlidir. Her ne kadar uygun olmasa da Özürlüler İdaresi'nin (2002) tanımından hareket ederek, yaşlılar arasında bakıma muhtaçlık durumu analiz edilecektir. Çünkü veriler, daha başka bir analize imkan tanımamaktadır. Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) kapsamında bakıma muhtaçlığın tanımı "yarı bağımlı" ve "tam bağımlı" kavramlarıyla yapılmıştır. Fakat bu kavramların anlamı belirsizdir. Hangi ölçüte göre "yarı" ve "tam" bağımlılıktan söz edildiği anlaşılamamaktadır. Bu kavramlar yine de bakıma muhtaçlık durumuyla ilgili tasavvurlar yaratabilmektedir. Herhalde "yarı bağımlı", *günlük temel yaşam aktivitelerinin* birey tarafından "kısmen" yerine getirilebildiklerini, buna karşın "tam bağımlı" kavramı ile günlük temel yaşam aktivitelerinin bireyin kendisi tarafından yerine getirilemedikleri kastedilmektedir. Bu varsayımlardan hareket edilerek yapılan analizler yaşlı nüfusta bakıma muhtaçlığın üst düzeyde yaygın olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Yarı bağımlılık (kısmen bağımlılık) durumu bütün yaş gruplarında benzerlik göstermektedir. Aşağı yukarı bütün yaş gruplarında her 4 kişiden 1'i günlük temel yaşam aktivitelerinde "kısmen bağımlı" durumundadır. Bu düzeydeki bakıma muhtaçlıkta yaş faktörüne bağlı istatistiksel manidar

fark tespit edilememiştir. Buna karşın “tam bağımlı” olarak tanımlanan grupta yaşa bağlı istatistiksel manidar farklılıklara rastlanmıştır. Yaş yükseldikçe, “tam bağımlıların” yaş grubundaki oranı yükselmektedir.

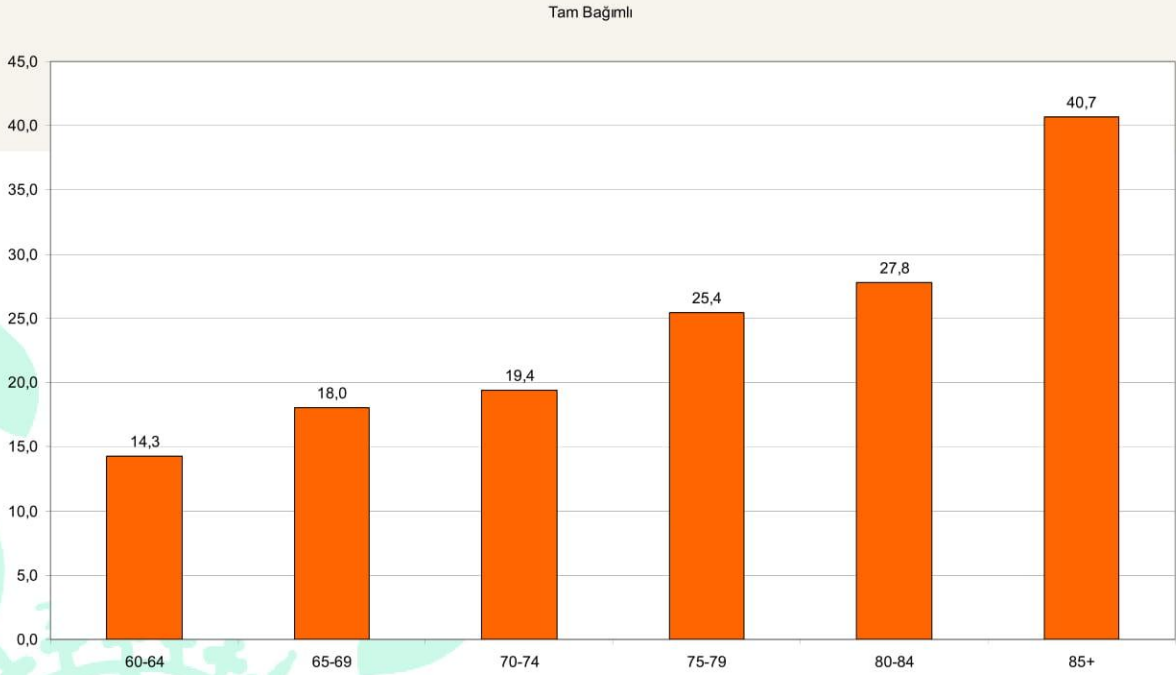
Şekil 6: Yarı bağımlı yaşlılar



Bu tespitlere göre yaşlıların ortalama %25,2’i “yarı bağımlı” ve %24,3’ü “tam bağımlı” durumdadır. Türkiye’de 2002 yılında yaşlıların sayısı 6,0 milyon civarındaydı. Dolayısıyla o dönemde bakıma muhtaç yaşlı sayısı 1,485 milyon civarındadır.

Ayrıca her grubun aynı zamanda *engelli* olarak da tanımlanabilecekleri dikkate alındığında, yukarıda hesaplanan yaşlı engellerin sayısına yaklaşık 1,5 milyon kişiyi ilave etmek gerekecektir. Böylece yaşlı engellilerin sayısı 2,436 milyona ulaşmaktadır. Bu hesaplara göre engelli nüfusun %30,7’i yaşlılardan meydana gelmektedir. Bunların içerisinde *kronik hastaların* yer almadığına dikkat edilmelidir. Her zaman olmasa da, kronik hastalıkların da bazen engelliğe yol açabileceği düşünülürse, sadece bakıma muhtaçlık ve yaşlılık arasında değil, aynı

Şekil 7: Tam bağımlı yaşlılar



zamanda yaşlılık ve engellilik arasında da ilk bakışta hemen görülemeyen görece sıkı bir ilişkinin mevcut olduğundan hareket edilebilir.

Bu analizler şunu da göstermiştir: Engellilik, bakıma muhtaçlık ve kronik hastalık kavramlarının birbirine karıştırılması, yanlış kullanılmaları ve bunların yarattığı verilerdeki hatalar ve noksanlıklar, üçüyle ilgili değerlendirmeleri “sağlıksız” kılmakta, *istatistiklerin engelliği*, *kronik hastalıkları* ve *bakıma muhtaçlığından* söz edilebileceği anlaşılmaktadır. Bunların ardında pek çok sebep yatıyor olabilir. Tüm nüfusu veya Türkiye Özürlüler Araştırmasında (2002) olduğu gibi 1,7 milyon “özürlü” insanı kapsayan verilerin derlenmesi, görüşmeleri yapan anketörlerin denetlenmesi, verilerin bilgisayara aktarılması gibi pek çok hata kaynağı vardır. Ama buna rağmen özellikle kavramların tanımlanmasında yapılan hatalar, hem ampirik araştırmacılığın temel kurallarının dikkate alınmadığına hem de bu alanlardaki bilgi ve tecrübe noksanlığına işaret etmektedir. İnternette yaptığımız incelemeler, Türkiye’de sosyal bilimsel

alandaki son 10 yılda uluslararası dergilerde yayınlanan 6, ulusal dergilerde yayınlanan 37 makale bulunduğunu göstermiştir¹⁷. Buna karşın 1991-2001 yılları arasında endüstri ülkelerinde sadece Alzheimer hastası yaşlılar ve bakıcılarıyla ilgili 20.000'den fazla araştırma yapılmıştır (Först et al. 2001)¹⁸.

İstatistiklerde Alzheimer hastası yaşlıların "unutulduklarına" yukarıda dikkat çekilmiştir. Türkiye Alzheimer Derneği, 2002 yılında Türkiye'de 500.000 demans hastasının yaşadığını, bunların yarısını Alzheimer hastalarının meydana getirdiğini tahmin etmekteydi (Tufan, 2007). Başka ülkelerde yapılan araştırmalardan Alzheimer hastalığının ileri yaşlarda daha sık görüldüğünü ve yaş faktörüne bağlı olarak dağılımları hakkında bilgiler bulunduğunu biliyoruz. Merwedel'in (2005)¹⁹ uluslararası araştırmalarda elde edilen sonuçlara dayanarak aktardığı bilgilerden hareket edilerek tasarlanan aşağıdaki grafikte Alzheimer hastalığının yaş gruplarında yaklaşık oranları görülmektedir. Grafiğin alt bölümünde verilen rakamlar 2002 yılına ait verilere, Merwedel'in verdiği rakamların yansıtılmasıyla hesaplanan Türkiye'de yaş gruplarındaki Alzheimer hastalarının sayılarıdır. Bunların toplamı 193.000 kişiye denk gelmektedir. Hesaplanan sayı, Türkiye Alzheimer Derneği'nin rakamına yakındır. İkisi de "unutulamayacak" kadar fazladır. Bunların resmi istatistiklerde görünmemesi, düşündürücüdür.

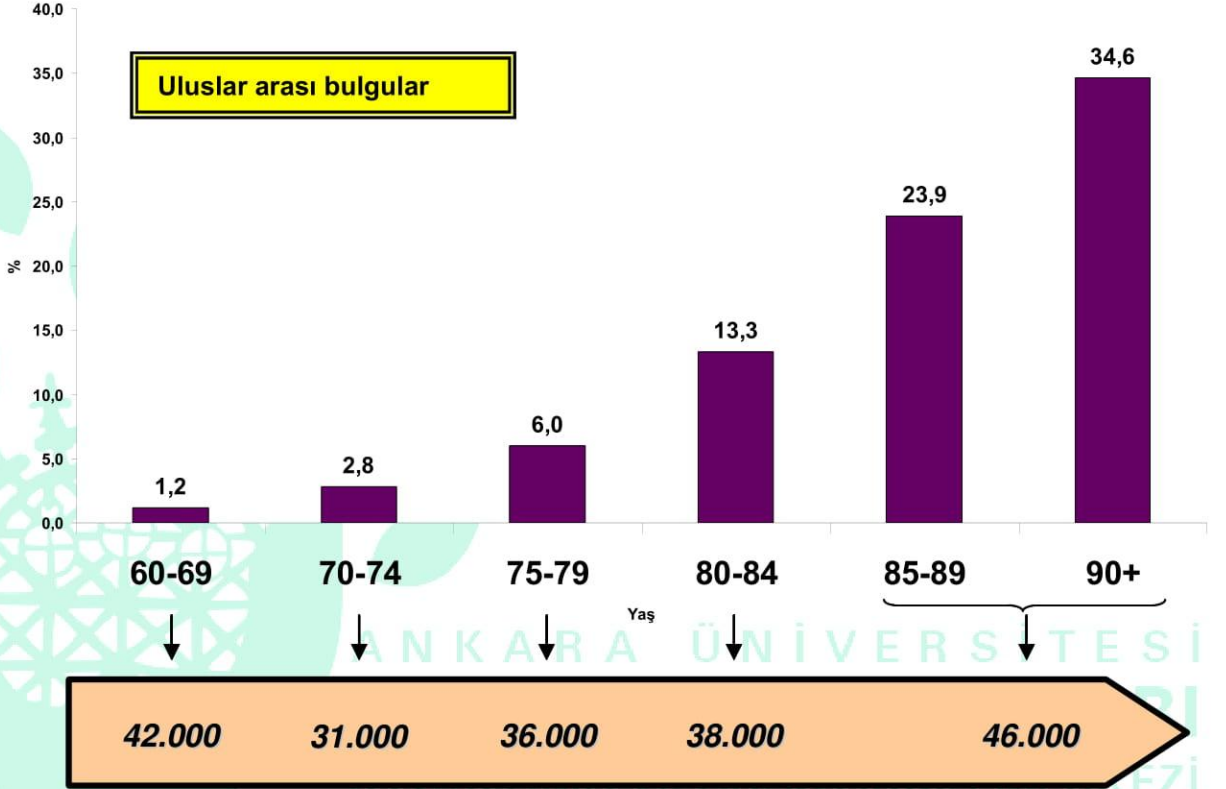
¹⁷ İnternette gözümüzden kaçmış olan başka araştırmalar olabileceği dikkate alınmalıdır.

¹⁸ Förstl, H., Lauter, H., Bickel, H. (2001): Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.) *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 4* (S.113-199). Leske + Budrich: Opladen.

¹⁹ Merwedel, U. *Gerontologie und Gerontopsychiatrie*. 2. Aufl., Haan-Gruiten: Europa Lehrmittel, (2005).

Şekil 8: Türkiye’de Alzheimer hastası yaşlıların sayısı

Yaş Gruplarına Göre Demans Hastalıkları



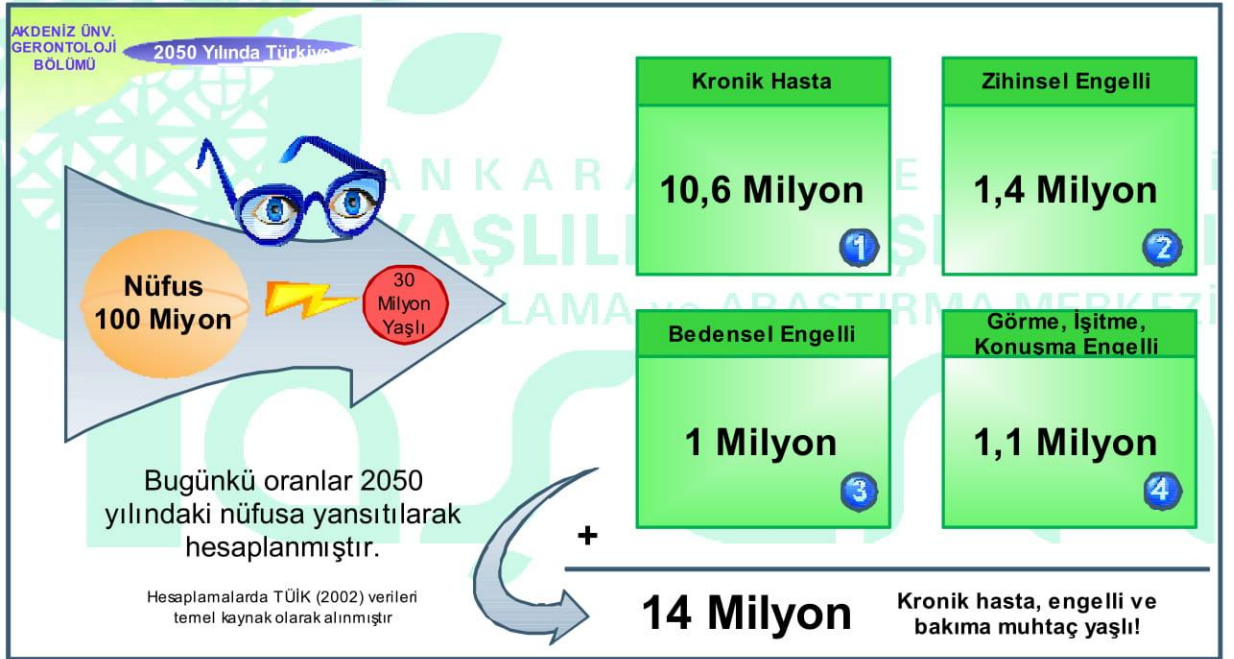
Geleceğin Türkiye’si

Buraya kadar yapılan analizler öncelikle bugün ile ilgili idi. Gelecekte nasıl bir Türkiye bizi bekliyor? Bunun kısa bir cevabı aşağıda verilerek, bu çalışmanın da sonuna gelinmiş olunacaktır.

Gelecek üzerine tahminlerin mutlaka doğru çıkması, Almanların deyimiyle “şeytanın resmini duvara çizmek” gerekmez, ama bugünkü durumun değişmeden devam edeceği kabul edilirse, geleceğin *bir* görüntüsü yine de çizilebilir. Bu görüntü çizilirken daha önce aktarılan bilgilerden faydalanılmıştır. Öngörümüz 2050 yılının Türkiye’si üzerine bir senaryodur.

Nüfus 101 milyona ulaşacağı belirtilmişti ve kronik hasta ve engellilerin sayıları mevcut verilerin elverdiği ölçüde belirlenmişti. Bu rakamlar gelecekteki nüfusa göre hesaplandığında çok ürkütücü bir tablo ortaya çıkmaktadır. Yaklaşık 30 milyon yaşlının 14 milyonu kronik hasta, engelli ve/veya bakıma muhtaç kişilerden meydana gelecektir. Yaklaşık 11 milyon kronik hasta, 1,4 milyon zihinsel engelli, 1 milyon bedensel engelli ve 1,1 milyon duyuşsal engelli yaşlılardan meydana gelen bir sosyal kesim ortaya çıkacaktır. Türklerin dediğı gibi “kılı kırk yarmak” da gerekmez. Rakamların doğru tahmin edilip edilmediğı sorusundan daha önemlisi bu tahmini yaratan “bugünün” ne ölçüde bilindiğidir. Eğer bugünü ne kadar iyi bilirsek, geleceğimizi de o kadar daha iyi tahmin edebiliriz.

Şekil 9: Geleceğın Türkiye'si üzerine bir öngörü



Türk bilim insanlarına yönelik bir araştırma da, yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili görüşlerini belirtmeleri istenmiştir (Ajanda 2020). Bu araştırmanın ortaya çıkardığı en önemli sonuç toplumsal yaşlanmanın öneminin farkında olduklarından ziyade, bilim insanlarının *tutumları* olmuştur. Türkiye'nin geleceğini toplumsal yaşlanmanın belirleyeceği

konusunda genel olarak hemfikir oldukları halde, bunun yarattığı bilime yönelik beklentilere cevap verme konusunda bilimde pasifliğin egemen olduğu görülmüştür. İnternet üzerinden gönderdiğimiz sorulara verilen cevapların analizi tek cümleyle ifade ettiğimiz sonucu ortaya çıkarmıştır: *Piyanoyu sen taşı, notaları ben!*

Demografik devrimin ortasındaki güncel Türkiye’de yaşlanma ve yaşlılık hakkında bildiklerimiz, bilmediklerimizden çok azdır ve bildiklerimizin çoğu – rakamlara ve hesaplara rağmen – tahminlere dayanmaktadır. Türkiye’nin demografik devrimin altında kalmaması için güvenilir gerontolojik bilgilere ihtiyacı vardır. Acilen!

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

tasam

Kaynaklar

Ding-Greiner, Ch. & Lang, E. Alternsprozesse und Krankheitsprozesse. A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopaedie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinaerer Sicht* (S. 182-206). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, (2004).

Förstl, H., Lauter, H., Bickel, H. Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.) *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 4* (S.113-199). Leske + Budrich: Opladen, (2001).

Horx, M. Die "graue Revolution" – ein Menetekel?, *Das Internet ist reif: Die Generation 50 Plus entdeckt ein Medium*, Ed: Echo Medienhaus, Wien, (2003).

Mann, J. A. *Geheimnisse der Lebensverlaengerung* (orig. *Secrets of Life Extension*). Basel: Sphinx Verlag, (1982).

Merwedel, U. *Gerontologie und Gerontopsychiatrie*. 2. Aufl., Haan-Gruiten: Europa Lehrmittel, (2005).

Oeppen, J. & Vaupel, J.W. Broken limits to life expactancy. *Science*, 296: 1029-1031, (2002).

Schachtschnabel, D.O. Humanbiologie des Alterns. A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopaedie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinaerer Sicht* (S. 167-181). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber Verlag, (2004).

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu & T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi. *Türkiye Özürlüler Araştırması. Sonuç Raporu*. Ankara, (2002).

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (1965).

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2002).

T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2005).

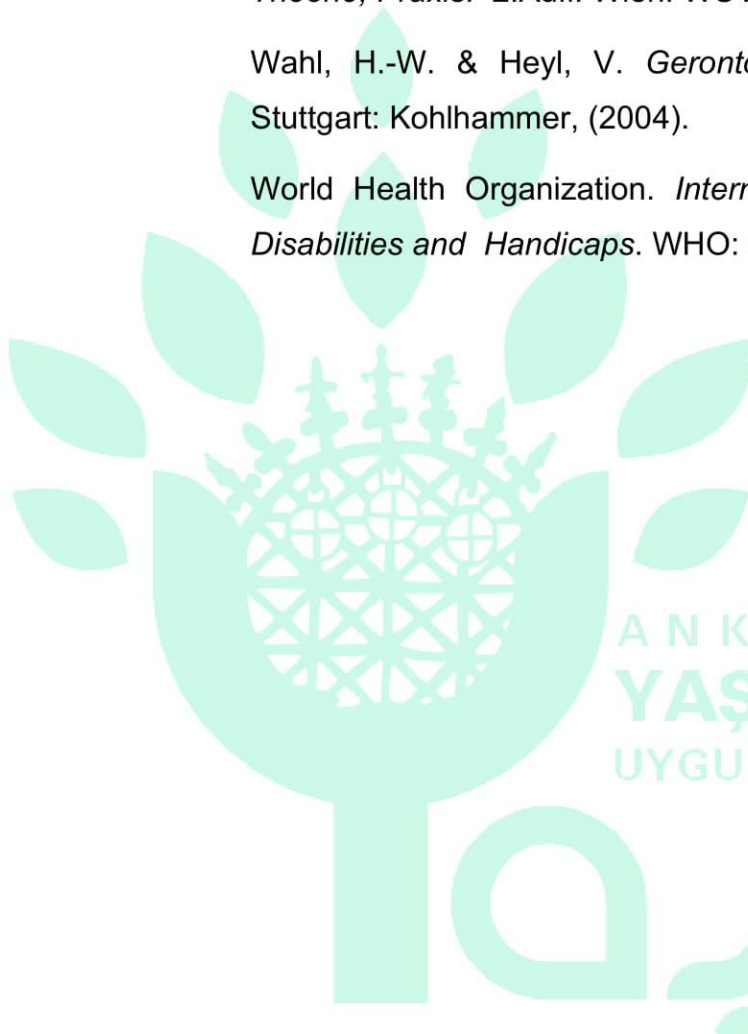
T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara (2010).

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

Viidik, A. Biologisches Altern – Gesetzmıigkeiten und Beeinflussbarkeit (S.21-44). L. Rosenmayr & F. Böhmer (Eds.), *Hoffnung Alter: Forsvhung, Theorie, Praxis*. 2.Aufl. Wien: WUV, (2006).

Wahl, H.-W. & Heyl, V. *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer, (2004).

World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO: Genf, (1993)



ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAşLILIK ALIşMALARİ
UYGULAMA ve ARAşTIRMA MERKEZİ

Yaşsam

TÜRKİYE'DE YAŞLILIK POLİTİKALARINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM*

Yusuf YÜKSEL

**Devlet Planlama Teşkilatı Gelir Dağılımı ve Sosyal İçerme
Dairesi Başkanı**

GİRİŞ

Nüfus projeksiyonları, Türkiye'nin sürekli büyüyen genç nüfus yapısının değişmekte olduğunu ve nüfus yapısının doğurganlık düzeyi ve yaş yapısı itibarıyla gelişmiş ülkelere benzemeye başladığını göstermektedir.

Türkiye, uzun yıllar boyunca yüksek doğurganlık düzeylerine şahit olmuş ve genç nüfus yapısı özelliğini korumuştur. Genel kamu politikaları, özellikle de sosyal politikalar, Cumhuriyet tarihi boyunca genç nüfus yapısının getirmiş olduğu avantajları kullanmayı ve dezavantajları ile mücadele etmeyi amaçlamıştır. Ancak, son yıllarda yapılan araştırmalar, Türkiye'de toplam doğurganlık oranının beklenenden daha hızlı düştüğünü ve düşmeye devam edeceğini göstermektedir.

Doğurganlıktaki değişimlerden hareketle revize edilen nüfus projeksiyonları, Türkiye'nin nüfus yapısının gelişmiş ülkelere benzemeye başladığını göstermektedir. Diğer bir deyişle Türkiye'nin nüfus yapısının gelişimi, yüksek doğurganlık ve yüksek ölümlülük düzeylerinden, düşük doğurganlık ve düşük ölümlülük düzeylerine doğru geçişi

* YÜKSEL, Y., 2007. Demografik Geçiş Süreci ve Sosyal Politikalar. DPT, Ankara. başlıklı yayından derlenmiştir.

kuramsallaştıran ve demografi literatüründe “Demografik Geçiş Süreci” olarak adlandırılan durumu yansıtmaktadır.

Son yıllarda yapılmış olan araştırmaların sunduğu verilere göre revize edilen nüfus projeksiyonları, Türkiye'nin doğurganlık oranındaki azalmanın devam edeceğini ve uzun vadede nüfus artış hızının sabitlenmeye doğru gideceğini öngörmektedir. 2011 yılında 73 milyon olan Türkiye nüfusu 2023 yılına kadar 82 milyona ulaşacaktır. Daha sonraki dönemde 2050'ye doğru nüfusun 94 milyon seviyelerinde durağanlaşması beklenmektedir. Şu anki doğurganlık düzeyi nüfusun kendini yenileyemeyeceği düzeye çok yakındır.

Nüfus projeksiyonlarına göre yaş yapısı da değişime uğramaktadır. 0-14 yaş grubu 2000 yılından 2023 yılına kadar olan dönemde 18 milyon civarında kalacak; ancak bu yaş grubunun toplam nüfusu içindeki payı yüzde 28'den yüzde 22 seviyelerine gerileyecektir. Aynı dönemde, çalışma döneminde olan 15-64 yaş grubu ise, mutlak olarak 41 milyondan 56 milyona çıkacak; bu yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı 2020 yılında yüzde 68 ile zirve yaptıktan sonra düşmeye başlayacaktır.

Söz konusu dönemde, yaşlı olan 65 yaş üzerindeki yaş grubu ise, oransal ve mutlak olarak sürekli artacaktır. 2000 yılındaki 4 milyon olan yaşlı nüfus 2023 yılında 2 kat artarak 8 milyona ulaşacak, bu yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranı ise yüzde 6'dan yüzde 9'a çıkacaktır. Türkiye'nin yaş piramidinin, uzun vadede genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranının fazla olduğu klasik “piramit” şeklinden, ileri yaş gruplarının oranının arttığı ve her yaş grubundaki nüfusun birbirine yakın değerler gösterdiği, gelişmiş ülkelerin yaş piramidinin özelliği olan “sütun” şekline doğru evrilmesi beklenmektedir.

Nüfusun yaş dağılımı başta olmak üzere demografik yapıda ortaya çıkması beklenen gelişmeler, Türkiye'de bazı fırsatlar yaratmakla birlikte,

daha önce karşılaşılmayan bazı sorunlarla yüzleşeceğimizin de sinyallerini vermektedir.

Yaş yapısı başta olmak üzere temel demografik göstergelerde ortaya çıkan radikal değişiklikler, ekonomik ve sosyal pek çok alanı doğrudan etkilemektedir. Demografik geçiş süreci, DPT başta olmak üzere politika belirleyicileri açısından iki nedenle özel bir öneme sahiptir: Birincisi, Türkiye’de demografik dönüşümün hızı gelişmiş ülkelere kıyasla ileri bir düzeydedir. Bu nedenle yaşlanma süreci gibi önceden politika geliştirilmesi gereken konularda çok daha hızlı hareket edilmesi gerekmektedir. 1960’daki göç olgusu gibi, önceden önlem ya da tedbir alınmayan, alt yapısı oluşturulmayan ani sosyal gelişmelerin hem topluma ve devlete daha büyük maliyetler doğurduğu hem de sorunun çözülemez boyutlara ulaşabileceği gerçektir.

Demografik geçiş sürecinin son aşamasına gelindiğinde, özellikle 2030’lardan sonra eğitemediğimiz genç nüfus; önce işsizlik, toplumsal huzursuzluklar ve yoksulluk riski ile 2040’lı yıllarda ise yaşlı nüfusun belirgin bir biçimde artmasından dolayı sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında önemli riskler ile karşı karşıya kalacaklardır. Dolayısıyla önümüzdeki 20-30 yılda sahip olacağımız “demografik hediye”nin yeterince pro-aktif politika geliştirilmemesi durumunda “demografik yük”e dönüşmesi ihtimali vardır.

İkincisi, gelişmiş ülkeler, belirli bir gelişme düzeyini yakaladıktan sonra yaşlanmaya başlamışlardır. Oysa Türkiye, söz konusu gelişmişlik düzeyini yakalamadan yaşlanma olgu ile karşı karşıyadır. Kamu kesimi olarak, genç nüfusa sahip olduğumuz ezberinin yavaş yavaş bozulduğuna şahit olmaktayız. Örneğin, 2000’li yılların ortalarından itibaren ilköğretim çağındaki nüfusun azalması gibi daha önce karşılaşmadığımız ve geriye çevrilemeyecek demografik durumlara tanıklık ediyoruz.

Nüfus göstergelerinin ve özellikle de demografik dönüşümün kamu politikaları açısından neden ve nasıl merkezi bir role sahip olduğuna değindikten sonra vurgulamak istediğim diğer bir konu, sosyal politikalara genel anlamda yaklaşımımızın değişmekte olduğudur. Nüfus politikalarının geçmişine baktığımız zaman 1923-1960 arasında doğurganlığı artırmaya yönelik 1960 sonrasında da doğurganlığı azaltmaya yönelik politikaların öne çıktığı görülmektedir. Ancak, burada algı olarak ideal nüfus büyüklüğü anlayışının hâkim olduğu görülmektedir. Burada bize göre sorulması gereken soru Türkiye'nin şartlarına uygun nasıl bir nüfus yapısına sahip olmamız gerekiyor sorusu değil, Türkiye'nin nüfus yapısına uygun nasıl ekonomik ve sosyal politikalar üretmemiz gerekiyor sorusudur. Bu şekilde paradigmatik bir değişimin, kalkınma anlayışının merkezine insanı koymanın daha fazla mümkün olabileceğini düşünüyoruz.

Sonuç olarak, iki temel hareket noktası yaşlanma politikalarına bakışımıza yön vermektedir. Birincisi, yaşlanma genel demografik dönüşümün bir parçası olarak ele alınmalı ve politika yaklaşımları bir bütünlük içinde gözden geçirilmelidir. İkincisi, insanı daha fazla merkeze alan, nüfusu bir girdi olarak değil, hizmet edilmesi gereken nihai bir amaç olarak gören bir anlayışın daha fazla güç kazanması gerekmektedir.

İAŞAM

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN YAŞLI REFAHI VE YAŞLILIĞA İLİŞKİN POLİTİKALARI

Figen TUNÇKANAT

**Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu Sağlık Sektörü
Sorumlusu**

GİRİŞ

Yaşlanma, hem bireyi hem de toplumu yakından ilgilendiren bir konu. Birçok kişi için orta yaşın oturmuş dingin döneminin ardından emeklilik ve ileri yaşları içine alan dönem; sağlıktaki bozulmalar, aktivitelerle verimlilikteki düşümlere paralel olarak gelişen kaygılar ve endişeler nedeniyle bireyi derinden etkileyen duygusal bir konu.

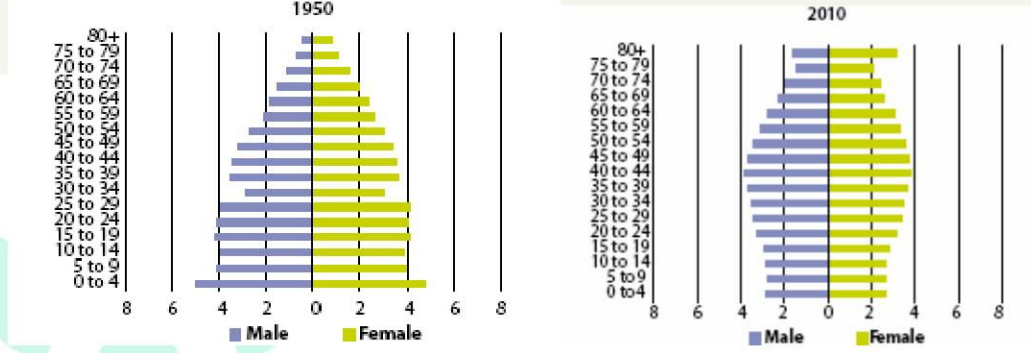
Toplumsal açıdan ise yaşlanma, çağımızın mega trendlerinden biri: Dünyada yaşlı nüfusu, toplam nüfus içinde en yüksek orana sahip olan kıta Avrupa.

Demografik Değişim – Avrupa Birliği

Ekonomik, sosyal yaşam ve tıptaki gelişmeler sonucunda Avrupalılar için yaşam süresi, son 60 yıl içinde 8 yıllık bir artış göstermiş; doğumda beklenen yaşam süresinin önümüzdeki 40 yıl içinde bir 5 yıl daha artması ve 80/90 yaşa ulaşan kişi sayısında önemli artışlar olması bekleniyor (Grafik 1).

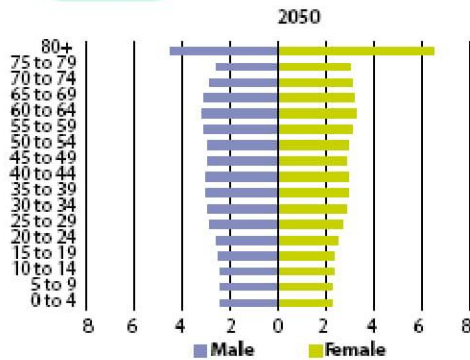
Oysa, Avrupa'da doğurganlık hızı 1.5 düzeyinde, yani kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı, göç olmadığı durumlarda nüfusun kendini yenileme hızı olan 2.1'den daha düşük. Doğurganlık hızının önümüzdeki 20 yıl boyunca az bir yükselişle 1.6 düzeylerine ulaşması bekleniyor.

Grafik 1: Nüfus Piramitleri 1950 / 2010



Yaşam süresi artarken, doğurganlıktaki düşüş, genç ve yaşlı nüfus arasında dengelerin değişmesine neden olurken, yoğunluğun yaşlı nüfusa doğru kaymasını da hızlandırıyor (Grafik 2). Nitekim, projeksiyonlar 2050 yılına gelindiğinde, çalışma çağındaki 55-64 yaş grubundaki 66 milyon kişiye karşılık, 15-24 yaş grubunda 48 milyon kişi olacağını öngörüyor.

Grafik 2: Nüfus Piramidi 2050



Günümüz Avrupa'sının yüksek oranda yaşlı nüfusa sahip olmasının temelinde 2. Dünya Savaşı'ni izleyen 10 yılı aşkın süre içinde doğan bebek sayısındaki artış yatmakta. Nitekim, 2010 yılına gelindiğinde nüfus piramidinin orta kısımlarındaki genişleme, savaş sonrasında doğan

bebeklerin günümüzde 45-65 yaş grubuna erişip, emeklilik çağına yaklaşıyor olmaları ile bağlantılı (Grafik 1). Toplam nüfustaki düşüşe paralel olarak nüfusu yaşlanmaya devam eden Avrupa için demografik öngörüler, önümüzdeki 50 yıl içinde çalışma çağındaki 15-64 yaş grubu nüfus da 50 milyon kadar bir düşüş olacağı, yaşlı nüfus bağımlılık oranının ise $\frac{1}{4}$ den $\frac{1}{2}$ ye yükseleceği yönünde.

Bütün bu gelişmelerin, -yaşlanmakta ve azalmakta olan nüfus-işgücü piyasasında yarattığı küçültme etkisi Avrupa'nın ekonomik büyümesine ve refahın sürdürülebilirliğine tehdit oluşturmaktadır.

Yaşlanan Nüfus / Sağlıklı Yaşam Yılları

Demografik yaşlanmanın oluşturduğu tehdidi karşılamak için Avrupa'nın elindeki en büyük kaynak 2. Dünya Savaşı sonrasında doğmuş ve günümüzde 45-65 yaşa ulaşmış olan nüfus kohortu. Avrupa, bu grubun işgücü piyasasında uzun süre ve iyi sağlık halinde kalmasını sağlayabildiği ölçüde, ekonomik büyüme ve refahını da sürdürebilecek. Ancak, bu grubun sağlık durumunun ilerleyen dönemde nasıl gelişeceği hakkında bu günden bir tahminde bulunmak da kolay değil.

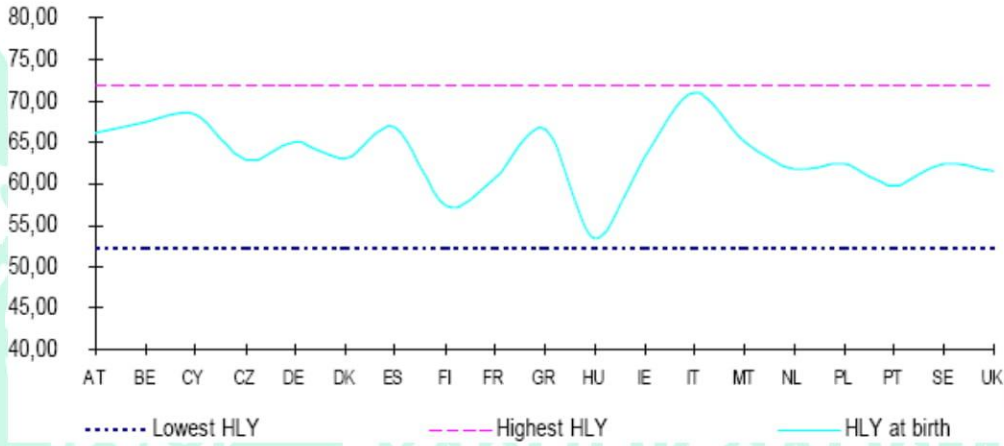
Her ne kadar, *sağlıklı yaşam yıllarının (SYY)*, *doğumda beklenen yaşam süresinden (DBYS)* daha kısa olması beklenirse de, artan yaşam süresinde, sigara, obezite, fiziksel aktivite yetersizliği gibi risk faktörleri nedeniyle, yaşlanmakta olan bu grubun sağlıksız geçireceği yıllarda artış görülme olasılığı yüksek. Kaldı ki, 55-64 yaş grubunda emekliliği tercih ederek işgücü piyasasından erken ayrılma nedenleri arasında % 25 ile sağlık önemli bir paya sahip. Oysa Avrupa, demografik yapısındaki değişimler nedeniyle 50li yaşlardaki nüfusunun işgücü piyasasının dışında kalmasını taşıyabilecek durumda değil.

Üstelik mevcut sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri, yaşlanan nüfusun artan gereksinimlerini karşılamakta yetersiz, yaşlanan nüfusun sağlık ve sosyal hizmet harcamaları kamu finansmanı üzerinde ağır bir

yük; ayrıca, hizmet kalitesi ve erişebilirliği arttırmak için bu alanda çalışacak yeterli sayıda işgüne sahip değil.

Bu olumsuz tablo içinde öne çıkan bir başka durum da, *sağlıklı yaşam yılları* ile doğumda *beklenen yaşam süresi* göstergelerinin üye devletler arasında önemli farklılıklar gösteriyor olması. Ama bu farklılıklar, aynı zamanda, üye devletlerin mevcut sağlık düzeylerini iyileştirebilecek bir potansiyele sahip olduklarının da işareti.

Grafik 3: Sağlıklı Yaşam Yılları



Yani, üye ülkelerin doğumda beklenen yaşam sürelerini, bu konuda en iyi performans gösteren İsveç'e, yani 78 yıla; sağlıklı yaşam yıllarını da % 93 ile en iyi performans gösteren İtalya düzeyine yükseltmeleri halinde, bütün üye devletlerin nüfusunun sağlıklı yaşam sürelerini yaklaşık 72 yıla, bir başka deyişle, 78 yılın % 93'ü gibi bir orana çekmeleri de mümkün.

Sağlıklı Yaşam Yıllarının Arttırılması ve Sağlığın Korunmasına Yönelik AB Politikaları

AB politikaları, sağlıklı yaşam yıllarını arttırarak sağlıklı yaşlanmayı destekleyen ve sağlıktaki iyileşmenin, verimlilik ve işgücü piyasası üzerindeki olumlu etkisini ele alan çalışmaları teşvik ediyor.

Bu doğrultuda geliştirilen politikalar;

- Sağlığın bütüncül bir yaklaşımla, yaşam döngüsü içinde iyileştirilmesi ve korunmasını,
- tüm sektörlerin kendi alanlarında sağlık profilini yükseltmek ve toplum sağlığının önemini vurgulamak üzere stratejik çalışmalar yürütmelerini,
- üye devletlerin yaşlanan nüfusun yaratacağı sonuçları göğüsleyecek şekilde sağlık sistemlerini güçlendirmelerini gözetiyor.

Yüksek tansiyon, sigara, şişmanlık, kötü beslenme, aşırı alkol tüketimi gibi risklerin oluşturduğu zararlar sonucunda ortaya çıkan kalp/damar hastalıkları ve diyabet, Avrupa'da yaşlı nüfusun karşılaştığı en yaygın sağlık sorunları. Oysa sigara, kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik ve psikolojik sorunlar ile baş edilebildiği ölçüde kalp ve damar hastalıklarının % 80'inin önlenmesi mümkün.

Avrupa'da sigara içenlerin sayısı topluluk nüfusunun 1/3 gibi yüksek bir oran; yılda yaklaşık 650,000 kişinin sigara nedeniyle öldüğu tahmin ediliyor. Bu ölümlerin yarısı, 35-65 diğer yarısı ise daha ileri yaş grubundaki ölümler. Sigara tüketimi, şişmanlık gibi diğer risk faktörleri ile birleştiğinde daha tehlikeli hale gelerek erken ölümleri arttırıyor.

Yine, ruhsal sağlık sorunları, fiziksel aktivite ve görmedeki azalma, yaşlı kişinin aktif ve özerk bir yaşam sürdürmesine engel. Avrupa'da 65 yaşın üzerindeki nüfusun % 15'i depresyon tedavisi görüyor, 5,5 milyon kişi Alzheimer hastası ve bu grup bir'den fazla kronik hastalığa yakalanma riski taşıyor.

Bu tablo karşısında AB sağlık politikası, sağlığı tehdit eden risk faktörlerini elimine etmeye odaklanarak sağlıklı yaşam yıllarını arttırmak için, yaşamın ilk yıllarından itibaren sağlıklı olmayı öne çıkartmakta. Bu politikalar bireyin yaşam kalitesine doğrudan katkıda bulunmanın yanı sıra,

yaşlanan nüfusun kamu finansmanı üzerindeki yükünü hafifletme ve ekonomik büyüme ve refahın sürdürülmesini gözeten stratejileri de bünyesinde barındırmakta.

Yaşlanan Nüfusun Sonuçlarına Hazırlıklı Olmak

Avrupa Birliği için nüfusun yaşlanması nedeniyle sağlık bakım harcamalarında öngörülen % 1-2'lik bir artış, bu alanda yapılan harcamaların GSYİH daki payında % 25'lik bir artışa karşılık geliyor. Yapılan projeksiyonlar ise, yaşam süresindeki artışın, sağlıklı yaşam yıllarındaki artışla birlikte sağlanması durumunda, yaşlanan nüfusa bağlı harcamalardaki artışın, yarı yarıya düşebileceğini gösteriyor.

Bu çerçevede AB'nin sağlık politikaları, halk sağlığı temelli, düşük maliyetli, etkili müdahaleler etrafında şekillendirilmiş.

Yakın geçmişte tütün reklamlarını yasaklayan yasal düzenlemelerle birlikte sigarayı bıraktırmak ve gençlerin sigaraya başlamalarını önlemek amacıyla yürütülen bir dizi bilgi/bilinçlendirme çalışması kalp/ damar hastalıklarının risk faktörleri hakkında farkındalık yaratmaya yönelik.

Yine, kötü beslenme alışkanlıkları ile başedebilmek için, kamu ve özel sektörün sağlıklı yaşam tarzlarını desteklemeleri sağlanmış. Bu amaçla Komisyon, **Diyet ve Fiziksel Aktivite Eylem Platformu**'nu oluşturarak AB düzeyinde gıda ve reklam sektörünü, tüketici organizasyonlarını ve sağlık STKlarını bir araya getirmiş. Bu Platform, gıda güvenliği, tüketicinin korunması, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesi gibi birçok alandaki çalışmalara öncülük etmekte.

Yaşlılıkta fiziksel ve sosyal katılımın ruhsal ve zihinsel sağlık üzerindeki olumlu etkisinden hareketle **AB Ruh Sağlığı Stratejisi**, ruh sağlığının iyileştirilmesi ve ruhsal hastalıkların önlenmesine ağırlık vermiş. Bu alandaki çalışmalar, ruhsal sorunları olanların hakları ve sosyal hayata

katılımlarının sağlanması yanı sıra, bu alanda veri toplanmasına ve kalitesine yoğunlaşıyor.

Sağlık politikaları kapsamında **entegre bakım hizmetleri** gibi hastanın evinde/bakımevinde ve hastanede sürekli bakım görmesi ve kronik hastalıkların iyi yönetilmesini sağlayacak şekilde sağlık sistemlerinde değişiklik yapılması, hem hasta onurunu koruma hem de kaynakların etkili kullanımı açısından destekleniyor. Örneğin, İsveç'in koruyucu ev ziyaretleri, sağlıklı yaşlanmanın teşvik edilmesinde iyi örneklerden biri olarak diğer ülkelere de yaygınlaştırılmaya çalışılıyor. Yapılan araştırma, sağlık personeli tarafından evinde ziyaret edilen yaşlıların ağrı ve endişeye dair şikâyetlerinde, doktora gitme ve hastalanma sıklıklarında düşüş tespit etmiş. Bu tür politikaların, en iyi örneklerin paylaşılması suretiyle üye ülkelerde yaygınlaştırılmasında AB önemli bir rol üstleniyor.

Nitekim üye ülkeler, oluşturulan **Açık Yöntem Koordinasyon Kurulu**'nda sağlık hizmetlerinin sunumunda kaydedilen gelişmeleri ve karşılaşılan sorunları tespit ederek, uzun dönem bakım hizmetlerini de içeren, erişilebilir ve nitelikli sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması yönünde ortak politika ve hedefler belirliyorlar.

Sağlık harcamalarının verimliliği açısından gündeme gelen bir başka konu da geliştirilmekte olan tıbbi cihazlar ve ilaçlar. Bu ilaçların kullanımının mevcutlardan daha etkili olup olmadığını tespiti için AB düzeyinde işbirliğine gidilmiştir. Bu amaçla oluşturulan **İlaç Formu ve Avrupa Sağlık Teknoloji Değerlendirme Ağı** kapsamında, geliştirilen yöntemlerin paylaşılması- ve yeni teknik ve teknolojilerin değerlendirilmesine yönelik çabalarda tekrarların önlenmesine katkıda bulunuluyor.

Yine, **Sağlık Hizmetleri ve Tıbbi Bakım Üst Düzey İstişare Kurulu**, üye devletleri paydaşları ile biraraya getirerek sağlık çalışanları, sınır ötesi sağlık bakım hizmetlerinin temini ve hizmet alımı, referans

merkezleri ağı, sağlık teknolojisi değerlendirmesi, e-sağlık, hasta güvenliği, sağlık sistemleri etki değerlendirmesi gibi alanlarda işbirliği ve koordinasyon sağlıyor. Bu konular yaşlı kişileri doğrudan hedef almamakla birlikte, bu alanlarda ortaya çıkacak verimlilik artışları, sağlık sistemlerini demografik yaşlanma için daha hazır hale getirecek.

AB'nin **Sürdürülebilir Gelişme Stratejisi** sağlık konusuna özel bir yer vererek demografik değişiklikler, halk sağlığı, iklim değişiklikleri, ulaştırma, global yoksulluk gibi geniş bir yelpazeyi içine alan entegre politikaların hazırlanmasını destekliyor.

AB'nin **Yapısal Fonlar'**ı, üye devletlerin sağlık sistemlerini yaşlanan nüfusa hazır hale getirmek de dahil olmak üzere, bölgesel farklılıkların azaltılması, erişebilirlik ve hizmet kalitesinin artırılması yönündeki çalışmalar için önemli bir kaynak.

“**Bilgi Toplumunda Sağlıklı Yaşlanma**” Eylem Planı kapsamında, evde, işte ve toplumda sağlıklı yaşlanma için yürütülen teknoloji-tabanlı araştırmaların sonuçları hayata geçirilerek, nüfusun özerk ve aktif yaşlanmasını destekleyecek güçlü bir sanayinin kurulmasının öncülüğü yapılmakta.

Araştırma ve Gelişme için 7. Çerçeve Programı, sağlıklı yaşam yıllarını artırma ve özellikle de ileri yaşlara özgü sağlık sorunlarını çözümlenmeye dönük çalışmaları da desteklemekte. Bu kapsamda yürütülen bazı araştırmaların, fiziksel ve zihinsel bozuklukların önlenmesine katkıda bulunması bekleniyor.

İstihdam politikaları, işgücü piyasasındaki tıkanıklığı geç emekliliği özendirerek suretiyle çözmek için, iş yerleri ile çalışma süre ve koşullarının yaşlı işçilerin ihtiyaçları ve yaşam durumlarına göre uyarlanması, eğitim ve yaşam boyu öğrenime erişim, teknolojik gelişmeleri izleme, vergi-indirimi gibi başlıklar altında önemli araçlarla donatılmış.

Bu doğrultuda **Avrupa Sosyal Fonu**, daha uzun çalışma yaşamı ve aktif yaşlanmayı geliştirme programı için alınacak önlemlere kaynak ayırmış. Yine aktif yaşlanmayı geliştirici çalışmalara, istihdam ve toplumsal dayanışma konularına Topluluk programı olan **PROGRESS** kaynak sağlıyor.

Aktif yaşlanma, daha iyi çalışma koşulları ve fırsatlar sunarak ve sosyal dışlanma ile mücadele ederek yaşlıların işgücü piyasası ve toplumsal yaşama dahil olmasını teşvik etmekte ve sağlıklı yaşlanmayı ne çıkartıyor.

Nitekim AB **yaşa bağlı ayrımcılığı** yasaklamak üzere iş ve çalışma yaşamında eşit uygulamayı ngren **2000/78/EC no'lu** yönergesi ile din ya da inanç, engellilik, yaş ya da cinsel tercihe bakılmaksızın insanlara eşit davranılmasını şart koşuyor. Nesiller arası çatışmaları azaltmak, toplum içinde ge-yaşlı dayanışmasını teşvik etmek üzere toplumsal dayanışmayı güçlendirecek programlara ve gönüllülük yoluyla etkin yaşlanmayı desteklemeye önem veriyor.

“Kentsel Hareketlilik Eylem Planı” ise, sürdürülebilir kentsel hareketlilik kapsamında yaşlı ve engellilerin ulaşım sorunlarını ulusal düzeyde ele alır. Karayolu kazalarında can kayıplarının % 20'sinin yaşlı kişiler olması, Avrupa'da, yaşlı ve engellilerin trafikteki korunmasızlıklarını ulaştırma politikasının gündemine taşımış. Bu kapsamda, ev, evre, toplu taşıma da dahil kullanılan alan ve araçların, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına göre yeniden uyarlanması; mal ve hizmetlere erişilebilirliğin sağlanması ve sosyal yaşama entegre olma konularında çalışmalar yürütülüyor.

SONUÇ

Yaşlanan nüfusun Avrupa'yı karşı karşıya bıraktığı durumun karmaşıklığı, bütüncül bir strateji geliştirilmesini zorunlu kılmış. Avrupa Birliği, Topluluk ve ulusal düzeyde mevcut olan tüm politikalarını gözden

geçirerek, demografik dönüşüm sürecinin gündeme taşıdığı ihtiyaçları karşılamak üzere, politikalarını yeniden şekillendiriyor.

Avrupa'da nüfusun yaşlanması, aslında, doğumdaki yaşam süresinin artması, sağlık düzeyindeki iyileşme, işgücü piyasasında yerini almış çocuk sahibi olup olmayacağına ve ne zaman olacağına karar verme hakkını kullanabilen eğitilmiş kadın sayısındaki artışı gibi, olumlu gelişmelerin bir sonucu. Ekonomik büyüme hızındaki düşüş ise, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte temelde çalışma yaşındaki nüfusun azalması ile ilişkili.

Ancak yaşlanmış bir işgücü piyasası, daha kısa çalışma yılları ve daha düşük emek verimliliği anlamına gelmez. Fiziksel ve ruhsal kapasitedeki düşüş, yaşlanma sürecinde yavaş yavaş ortaya çıkar ve halk sağlığı politikaları ile önlenemez. Bu insanlar yılların deneyimini taşımaktadır, bilgilerini güncelleme fırsatı tanınması, çalışma koşullarının, çalışma sürelerinin bu grubun durumuna göre yeniden düzenlenmesi, bilişim ve iletişim teknolojilerinin daha etkili kullanılması, verimlilikteki bu düşüşü önleyebilir.

Yaşlanan nüfusun sosyal güvenlik, sağlık ve bakım hizmetlerine olan ihtiyacındaki artışa paralel olarak artan harcamalarının kamu finansmanına ve genç nesillere getireceği yük, sosyal güvenlik reformları ile çalışma çağındaki en yaşlı kohortun istihdam oranlarını artırmak suretiyle hafifletilebilir. Sağlık ve bakım hizmetlerinin ihtiyaca cevap verecek şekilde yeniden düzenlenmesi, kronik hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı, yine bu alanda yeni teknolojilerden yararlanılması, kamu harcamalarını azaltabilir.

Burada öne çıkan husus, "aktif yaşlanma"nın, AB düzeyinde sosyal güvenlik reformlarının ötesinde daha kapsamlı ve kararlı bir yaklaşımla ele alınıyor olmasıdır. Bu yaklaşımda, insanları daha uzun yıllar çalışmaya ikna etmek üzere yaşa bağlı ayrımcılığı önleyen yasal düzenlemeler, yaşam boyu öğrenme fırsatlarının erişilebilir olması, sağlık ve bakım

hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, hasta mobilitesi, sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımı, hastalık y¼k¼n¼ azaltacak koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma, yaşam alanlarının d¼zenlenerek mal ve hizmetlere erişimin sağlanması, nesiller arası dayanışmanın g¼çlendirilmesi gibi, çok geniş bir yelpaze ve b¼t¼nl¼k s¼z konusudur.

B¼t¼n bu politikalar, ekonomik ve sosyal yaşama katılımı desteklenen 65 yaş ¼st¼ kişilerin, Avrupa için bir **zenginlik** olarak g¼r¼ld¼đ¼n¼ vurgulamaktır. Yaşlanan Avrupanın ekonomik refahını s¼rd¼r¼lebilmesi için üretimdeki verimliliğin arttırılması, yani t¼m yapısal reformların uyum içinde ve birlikte gerçekleştirilmesi g¼ndeme gelmiştir. ¼stelik yaşlanan n¼fus, Avrupa ekonomisinin rekabetini arttırması için bir kapı açmıştır. Demografik değişim sonucu, yaşlanan n¼fusun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde ulaşım, enerji, turizm, sağlık ve bakım hizmetleri gibi alanlarda yeni ¼r¼n ve hizmetlerin geliştirilerek yeni pazarlar yaratılmasının d¼nya pazarlarında AB'ye rekabet ¼st¼nl¼đ¼ sağlayacağı d¼ř¼n¼lmektedir.

KAYNAKA

AGE Platform Europe, 2010. Introduction to the European Institutions and the European Union Policy-Making Processes of relevance to older people (3rd edition), Brussels. <<http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/senior/introduction-institutions-europeennes-personnes-agees/introduction-institutions-europeennes-personnes-agees-en.pdf>>

Council of the European Union, 2010. Council Conclusions on Active Ageing, 3019th Employment, Social Policy Health and Consumer Affairs Council Meeting, Luxembourg, 7 June 2010. <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114968.pdf>

Council of the European Union, 2011. Conclusions on Preparatory Work for the Pilot European Innovation Partnership 'Active and Healthy Ageing', 3074th COMPETITIVENESS (Internal Market, Industry, Research and Space) Council Meeting Brussels, 9 March 2011. <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/intm/119694.pdf>

European Commission, 2006. Commission Communication: The demographic future of Europe – from challenge to opportunity, COM(2006) 571 final, Brussels, 12.10.2006. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0571:FIN:EN:PDF>>

European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2007. Discussion Paper: Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe -EU health policy in the context of demographic change. <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/indicators/docs/healthy_ageing_en.pdf>

European Commission, 2009. Communication from the Commission: Dealing with the Impact of an Ageing Population in the EU, COM (2009) 180 final, Brussels, 29.04.2009. < <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0180:FIN:EN:PDF>>

European Commission, 2010. Commission Staff Working Document: Ex-Ante Evaluation Accompanying Document to the Decision of the European Parliament and of the Council on the European Year for Active Ageing (2012), COM (2010) 462, Brussels, 6.9.2010. < <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5692&langId=en>>

Eurostat, 2010. Europe in Figures: Eurostat Yearbook 2010, Statistical Office of the European Union, Luxembourg.

Giannakouris, Konstantinos, 2008. Ageing Characterises the Demographic Perspectives of the European Societies, Eurostat Statistics in Focus 72/2008.

United Nations, Department of Economic & Social Affairs, Division For Social Policy & Development, 2008. The Madrid International Plan of Action on Ageing Guiding Framework And Toolkit for Practitioners & Policy Makers, RL & FS 07/03/2008.

<http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf>



WHO STRATEGY AND POLICIES ON HEALTHY AGEING AND WELL-BEING OF ELDERLY PEOPLE

Flavio Lirussi¹

University of Padua Medical School, Padua, Italy

currently on voluntary assignment to the Regional Office for Europe of the WHO

INTRODUCTION

The vision and the context

The vision of the WHO European Office for Europe (WHO/Europe) for healthy ageing and well-being entails an age-friendly Europe where people of all ages enjoy supportive, adapted social environments, and can look forward to high-quality, tailor made, integrated health and social services for older people. Such a vision has to be contextualized within the European Region of the WHO, and, at least in part, within a global approach to population ageing.

The WHO European Region comprises 53 countries, and covers a vast geographical region extending from the Atlantic to the Pacific oceans. These countries have very different economic, political and social conditions, and therefore have built different health and social systems. In addition, there are inequalities within and between countries in terms of availability, affordability, and access to health care services, which affect

¹ **Correspondence to:** Dr. Flavio Lirussi, WHO European Office for Investment for Health and Development, San Marco 2847, 30124 Venice, Italy. email: fli@ihd.euro.who.int

in particular the most vulnerable groups of the population, including older people.

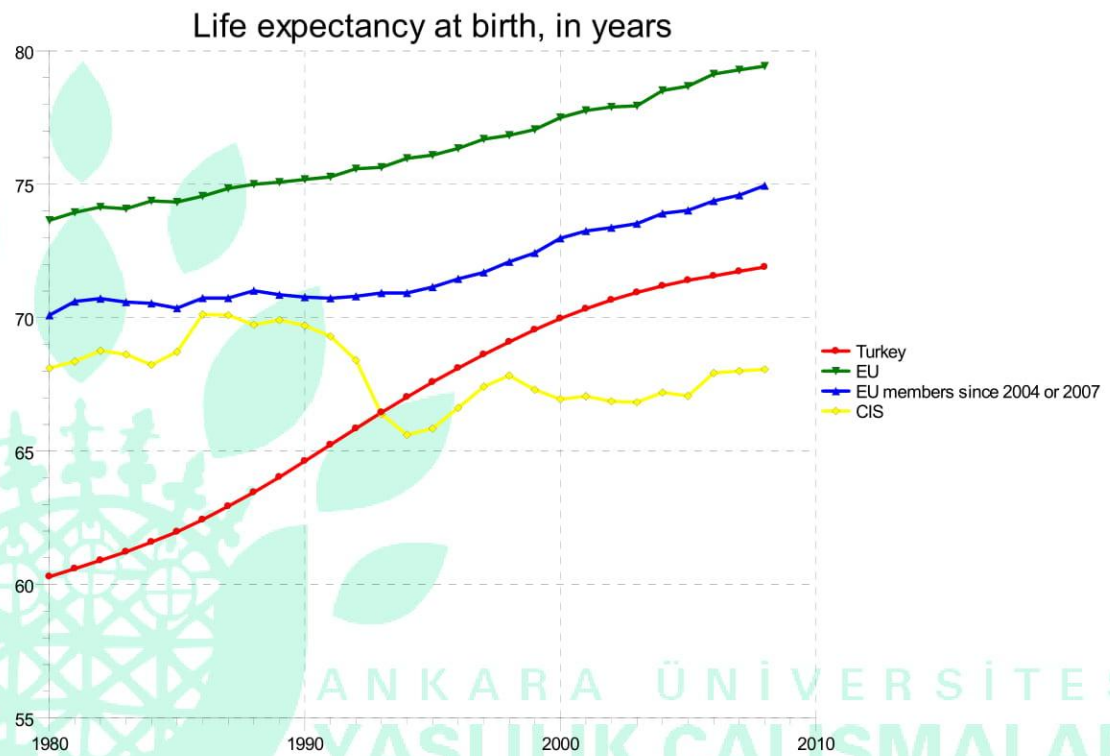
According to the UN Department of Economic and Social Affairs, 11% of the world population was 60 years of age or over in 2009ⁱ. By 2050 the world population aged 60 or over will vary between 11% in Africa to 24% in Asia, Latin America and the Caribbean, 25% in Oceania and 27% in North America. Europe will experience the highest rate, with nearly 35% of the population being over 60ⁱ. Data related to the WHO European Region show that already in 2009 nearly 16% (about 138 million) of the population was older than 65 years and that by 2050, more than 27% (nearly 240 million) of the population in the Region is expected to be 65 years and olderⁱⁱ.

The health status of the WHO European Region has generally improved in the past decades, as shown by longer life expectancy at birth. This positive trend can be attributed mainly to a lower rate of infectious diseases in early childhood and delays in premature death in adults due to better social and economic environment, and improved health care. In parallel, the patterns of mortality and the burden of disease have dramatically changed, with chronic non-communicable diseases now accounting for 85% of all deaths in the Region.

Trends in life expectancy, though, vary considerably among countries of the European Region: life expectancy at birth has increased steadily in the EU and also in the new EU member states since 2004 or 2007, but not in the Commonwealth of Independent States (CIS) countries, where the Russian Federation's large population greatly affects average life expectancyⁱⁱ. In these countries, life expectancy markedly deteriorated between 1991 and 1994, reflecting the critical socioeconomic situation in those periods, and then recovered only partly. Turkey on the other hand, is doing quite well, with a consistent increase of average life

expectancy at birth: from 63.1 years in 1980 to 71.9 years in 2008 (Figure 1)ⁱⁱⁱ.

Figure 1. Life expectancy in the WHO European Region



Source: European Health for All databaseⁱⁱⁱ

The social determinants of health and the life course approach

The epidemiological data mentioned above teach us a lesson: it is not just the performance of the health care system that influences health, but other factors such as education, occupation, income, ethnicity and the place of residence can affect people's health. These factors are named the social determinants of health. According to the Commission on Social Determinants of Health, the first overarching recommendation to enjoy good health is improving the conditions of daily life, i.e. the circumstances in which people are born, grow, live, work, and age^{iv}. Indeed, the trajectory towards a healthy retirement at the age of 60-65, as compared to death from a massive stroke at the same age, will depend among other factors

on the conditions of early childhood, schooling and employment, along with the natural and built environments in which people live. In other words, a person will be more or less vulnerable to poor health depending on the nature of these environments, on individual/household economic conditions, but also on psychosocial influences and behavioural options^{iv}. Hence, health and activity in older age are the sum of the living circumstances and actions of an individual during the whole life span. This also means that action must be taken across the entire life course^v. According to a health promotion perspective, this is regarded as the life course approach.

The life course approach to healthy ageing allows society to influence how people age by adopting healthier life styles earlier in life and by adapting to age-associated changes. A corollary to the concept of the life course is that in order to ensure healthy ageing, disease prevention has to start early in life – even in the pre-school years, and continue over all life stages, as the positive and negative effects on health and well-being accumulate throughout the entire life course.

Ageing and non-communicable diseases

It is well known that the prevalence of most chronic conditions continues to rise with age. This has been documented in a recent study for the USA, 12 OECD countries and Europe^{vi}. In most countries of the WHO European Region nearly three quarters of people aged 65 years or more will die from cardiovascular diseases or cancerⁱⁱ. In particular, projections to 2030 in low- and middle-income countries of the Region show that population ageing will markedly increase the number of deaths caused by non-communicable diseases, reaching 90% of all causes of deathⁱⁱ.

A life course approach to tackle risk accumulation is therefore a good strategy to reduce the chronic disease burden. Interventions early in life have the potential to decrease markedly the chronic disease epidemic, but even addressing risk factors for non-communicable diseases in old

age can result in significant long-term health gains in the shape of improved quality of life and a longer life expectancy. For example, the Norwegian Directorate of Health (2010) has calculated that a person who is physically active over a lifetime can expect to live 8.3 quality-adjusted life years (QALYs) more than a physically inactive person. Similarly, a person who becomes physically active at the age of 50 can still gain 6.0 QALYs, and somebody who becomes physically active at the age of 70 will gain 3.5 QALYS^{vii}.

The WHO targets for healthy ageing

Table 1 summarizes the quantifiable targets for healthy ageing. The term “quantifiable” though, has to be used with caution as not many countries in the Region have good (or any) data for monitoring of these trends. Improving the evidence base, including better statistical systems will be a main concern of any future revised strategy, in particular for the European Region of WHO. The overarching goal for the next few years is that every country in the Region will have a national plan on healthy ageing including coordinated and integrated health and social programmes.

Priority will be given to promotion of healthy behaviours and age-friendly environment for an ageing population, improvement of health care services (especially primary health care) for older adults, cooperation between health and social services for older people with functional limitations, protection of elderly people receiving long-term care in either nursing homes or at home, promotion of social engagement and participation of older people in the design and evaluation of programmes and policies, and reduction of health inequalities.

Table 1. WHO targets for Healthy Ageing

Quantifiable targets for healthy ageing:
<ul style="list-style-type: none">• Increase life expectancy and healthy life years
<ul style="list-style-type: none">• Decrease the burden of non-communicable diseases including mental disorders
<ul style="list-style-type: none">• Decrease the rate of falls and injuries
<ul style="list-style-type: none">• Decrease hospital admission and increase home-based support for older people
<ul style="list-style-type: none">• Improve physical and cognitive function
<ul style="list-style-type: none">• Improve access to the whole range of health and social services
<ul style="list-style-type: none">• Promote behavioural changes
Also (but difficult to quantify):
<ul style="list-style-type: none">• Improve the physical and social environment
<ul style="list-style-type: none">• Promote social engagement
<ul style="list-style-type: none">• Improve quality of life and well-being
<ul style="list-style-type: none">• Reduce health inequalities

If these interventions were implemented in the Region, the final outcomes should be an increase in healthy life years and an improved quality of life and well-being.

Active ageing

In the last decade, WHO published a number of documents and guides featuring guidelines to help Member States promote healthy ageing. Some publications are targeting specifically the older population^{viii}, whereas others address the entire population^{x xi}.

It is now almost ten years since WHO published a global policy framework on active ageing^{viii}. This is a key document that was intended to foster discussion and the formulation of action plans that promote healthy and active ageing. It was developed by WHO's Ageing and Life Course Programme as a contribution to the Second UN World Assembly on Ageing held in April 2002 in Madrid, Spain, but the principles, values and policy proposals it contains are still well-founded and up to date. Active ageing is defined as "the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age". The word "active" refers to continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and civic affairs, not just the ability to be physically active or to participate in the labour force. Active ageing also conveys a more inclusive significance than healthy ageing, acknowledging that in addition to health care, there are other factors which affect how individuals and populations age.

The active ageing approach is based on the recognition of the human rights of older people and the UN principles of independence, participation, dignity, care and self fulfilment. It shifts strategic planning away from a "needs-based" approach to a "rights-based" approach and supports older people's responsibility to exercise their participation in the political process and all aspects of community life^{viii}. The rationale of the policy framework is also in line with the life course approach to healthy ageing: it acknowledges that older people are not a homogeneous group, and that individual diversity tends to increase with age. Hence, interventions that create supportive environments and foster healthy choices are important at all stages of life.

Policies on healthy ageing and well-being

The three pillars of a policy response for active ageing are^{viii}:

- 1. Health:** prevent and reduce the burden of excess disabilities, chronic diseases and premature mortality; reduce environmental

and behavioural factors and increase factors that protect health throughout the life course; develop a range of affordable, accessible, high quality and age friendly health and social services that take into full account the needs and rights of people as they grow older;

2. Participation: provide learning opportunities throughout the life course; enable the active participation of people in economic development activities, formal and informal work and voluntary activities as they age; encourage older people to participate fully in community life;

3. Security: ensure the protection, safety and dignity of older people by addressing the social, financial and physical security rights and needs of people as they age.

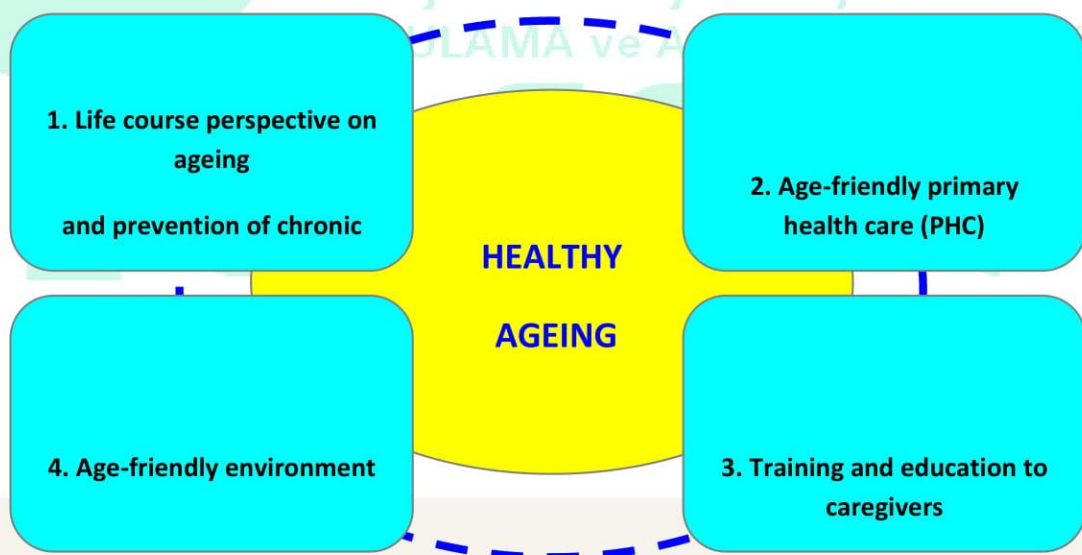
These policy proposals are based on the determinants of active ageing that include health and social services, behavioural and personal determinants (for example education), the physical environment, and the social and economic determinants. In addition there are two cross-cutting determinants: culture and gender. Culture permeates all individuals and communities, and affects all of the other determinants of active ageing. Gender can be regarded as a lens through which to deem the appropriateness of a number of policy options and how they will influence the well-being of both men and women.

Achieving the goal of active ageing requires action in a variety of sectors in addition to health and social services. These include education, employment and labour, finance, social security, housing, transportation, justice and rural and urban development. Thus, a so-called intersectoral action is needed, whereby the health sector does not exert a direct responsibility for policies in all other sectors, but can well play the role of a "catalyst" for action. Moreover, all policies need to support intergenerational solidarity and include specific targets to reduce inequities

between men and women, and among different subgroups within the older population. Particular attention needs to be paid to older people who are disadvantaged and marginalized, and who live in rural areas^{viii}.

The policy response for healthy ageing can be further articulated into four key areas of action (Figure 2). The first one has already been dealt with in the previous sections. The features of an age-friendly primary health care (PHC) are in keeping with the four elements of the PHC renewal identified by WHO in 2008, i.e. improving health equity, making health systems people-centred, promoting and protecting the health of communities, and making health authorities more reliable^{xii}. In addition, though, PHC has to be re-oriented towards the provision of community support along with the establishment of support services for informal carers, respite care and home care, and implementations of programmes that protect those receiving long-term care.

Figure 2. Areas of action for healthy ageing



Providing family members and other informal caregivers with information on how to care for the elderly is also vital (area of action #3). Similarly, providing training and education to formal caregivers (including both health and social workers) is also important to promote healthy ageing. In addition, modules on active ageing should be incorporated in medical education, and specialist education in geriatrics and gerontology should become part of the core curriculum of medical, nursing and social service professionals.

There are sectors other than the health sector (housing, transport, communication and information, etc.) that can influence the physical and built environments, and hence the health of the older population (area of action # 4). In 2005 WHO launched the global Age-friendly cities project that aimed to enhance the quality of life and well-being as people grow older. This initiative builds on the success of the healthy-cities network of the WHO European Region, which has created a sub-network of age-friendly cities.

For the global initiative, a total of 35 cities participated in a pilot project that ultimately resulted in a global guide^{ix}. The project involved many sectors of society and described the advantages and barriers older people experienced in eight areas of urban living: outdoor spacing and housing, social participation, respect and social inclusion, civic participation and employment, communication and information, and community support and health services. These areas for action are summarised in figure 3.

They are all in keeping with the principles and values for active ageing described above. An interesting example of an integrated approach for ensuring healthy ageing comes from Turkey. In 2006 the Istanbul municipality started implementing the Age-friendly Cities Guide^{ix} through the involvement of the civil society as well as of governmental and non-governmental organizations of the city of Istanbul. An action plan was

developed jointly, which resulted in significant improvements in a variety of sectors. Areas for action are summarized in Table 2.

Figure 3. Areas for action of the age-friendly city project

Topic areas of the age-friendly city

- **Outdoor spaces & buildings, transportation, and housing:**
 - strong influence on personal mobility, safety from injury, security from crime,
- **Social participation:**
 - engagement in recreation, socialization, and cultural, educational and spiritual activities
- **Respect & social inclusion:**
 - attitudes and behaviour of other people and of the community towards older people
- **Civic participation & employment:**
 - options for older volunteers to participate; opportunities for paid work, with options for part-time or seasonal employment; training; policy & legislation against discrimination on the basis of age; retirement is a choice, not mandatory.
- **Communication & information:**
 - regular information and programme broadcasts of interest to older people; people at risk of isolation informed by trusted people; plain language; telephone answering services with instructions given slowly and clearly; display panels of bank, postal and other service machines well illuminated and reachable
- **Community support & health services:**
 - health & social services well distributed throughout the city and easily accessible, and addressing the needs and concerns of older people; service professionals with appropriate skills and training to communicate with, and effectively serve older people

Economic impact of population ageing

Promoting healthy ageing impacts directly on the costs of health and long-term care. However, the increased share of the elderly in the population on overall health-care costs can be softened by keeping individuals in good health and out of hospitals. In terms of healthcare costs, there is evidence that cumulative lifetime health expenditures for

people aged 70 and in good health are not greater than are expenditures for less healthy people who tend to have a shorter remaining healthy life expectancy. Thus, interventions targeting people aged 65 or younger may improve health and longevity without increasing health expenditure^{vi xiii}.

Table 2. The Istanbul experience with age-friendly cities

<ul style="list-style-type: none"> • City Council: this body has committed to establish an Istanbul Commission for older people's services.
<ul style="list-style-type: none"> • Housing: government housing companies are building new houses according to WHO recommendations.
<ul style="list-style-type: none"> • Metropolitan Planning Department: novel urban development areas now include greater consideration of green spaces, outdoor seating, pedestrian crossings, and age-friendly recreational areas.
<ul style="list-style-type: none"> • Transportation: public transportation has become 50% cheaper for older people, and specialized transportation is now available for people with disabilities.
<ul style="list-style-type: none"> • Health services: the health care systems have been strengthened to provide more geriatrics services, and to improve staff training to make health services more age-friendly. The Health and Social Services Department has started to give support to people with decreased mobility to attend cultural activities and essential services (such as hospitals, banks, etc) through the use of specially designed vehicles.
<ul style="list-style-type: none"> • Community strengthening: thousands of primary and high school students were involved in "social responsibility projects" with older people. • Each local government in Istanbul has committed to ensure at least one restaurant or cafe in their district is accessible, affordable and safe for elderly people. Community centres for older people are being established in various local community spots.

One of the options to address the economic implications of population ageing is to rise the age of retirement. Delayed retirement in turn raises growth rates of gross domestic product, and, therefore, the capacity to finance health and pension systems. Working longer is also important because work provides a social network in its own. However, while some 70-90% of the population aged 55-64 years were still at work in most Nordic countries in 2007, only about one third of the same age group was part of the labour force in Italy, Poland and Turkey^{xiv}. These data emphasise that participation in the labour force by older workers who, however, have not reached retirement age, will become an important issue in the Region in the next future.

CONCLUSION

In conclusion, strategies and policies for healthy ageing need to support intergenerational solidarity, reduce inequalities between women and men, and among different subgroups within the older population. Actions to promote healthy ageing have been identified in the fields of public finance, social welfare, health services, transport, urban planning, housing, and education. Wider policy frameworks which take into account the interactions between different programmes are also needed. Such strategies may be best achieved at national level within the context of a broader national health strategy or plan.

Policies should also foster active and informed participation of older people and communities in health decision-making that affects them. Participation should not be limited to the design of programme delivery, but rather aim to the identification of priorities and targets that are then converted into programmes and services, delivered, experienced, and evaluated^{iv}.

Current evidence suggests that a combination of delaying the age of retirement (with concomitant redistribution of work), increased community activities, improved behaviour, and adapting the health care

systems to the needs of the older population is an effective strategy to achieve healthy old age for all, without necessarily resulting in higher costs to society .

Acknowledgements

I am indebted to Dr. Manfred Huber, Coordinator, Healthy Ageing, Disability and Long-term Care, WHO Regional Office for Europe, for helpful comments on the manuscript.

REFERENCES

ⁱ UNDESA, Population Division, World Population Ageing 2009. <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf> (accessed on 28 April 2011).

ⁱⁱ The European Health Report 2009: health and health systems. World Health Organization 2009.

ⁱⁱⁱ European Health for All database. Copenhagen, WHO European Office for Europe, July 2010 update.

^{iv} CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. World Health Organization.

^v Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot review executive summary, 2010.

^{vi} Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead.

Lancet 2009;374:1196-208.

^{vii} Health Promotion – achieving good health for all. Norwegian Directorate of Health 2010.

^{viii} Active ageing. A policy framework. World Health Organization 2002.

^{ix} Global Age-friendly Cities: a Guide. World Health Organization 2007.

x

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. (accessed on 26 April 2011).

^{xi} WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. World Health Organization 2008

^{xii} <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. (accessed on 27 April 2011).

^{xiii} Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. N Engl J Med 2003;349:1048-55.

^{xiv} Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population ageing? Policy Brief 10, World Health Organization 2009.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
YAŞLILIK ÇALIŞMALARI
UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yaşam