



# YAŞLI SAĞLIĞI

**TIBBİ DÖKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK ÖNLİSANS PROGRAMI**

**ÖĞR. GÖR. DR. HALİS ÇETİN DEMİRCAN**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AÇIK VE UZAKTAN EĞİTİM FAKÜLTESİ**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AÇIK VE UZAKTAN EĞİTİM FAKÜLTESİ**  
**TIBBİ DÖKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK ÖNLİSANS PROGRAMI**



# **YAŞLI SAĞLIĞI**

**ÖĞR. GÖR. DR. HALİS ÇETİN DEMİRCAN**

## Yazar Notu

Elinizdeki bu eser, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi'nde okutulmak için hazırlanmış **bir ders notu niteliğindedir**.



## ÖNSÖZ

Yaşlanma bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir. Ancak yaşlı grup olarak ele alınan kişilerin bütün özelliklerinin benzer olduğunu söylemek mümkün değildir. İş yaşamının içinde aktif ve üretken olan bir grubun yanında yeti kaybı bulunan ve bağımlı durumda olan yaşlılar da bulunmaktadır. Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emekli olunan dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise genellikle 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak ele alınmaktadır.

## İÇİNDEKİLER

### 1- YAŞLILIK..... 12

#### 1.Yaşlılık.....Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

##### 1.1.Yaşlılık Kavramı ..... 18

##### 1.2.Yaşlılığın Tanımı..... 19

###### 1.2.1.Fizyolojik Yaşlılık ..... 19

###### 1.2.2.Sosyal Yaşlılık..... 19

###### 1.2.3.Ekonomik Yaşlılık..... 19

###### 1.2.4.Kronolojik yaşlılık..... 19

###### 1.2.5.Psikolojik Yaşlılık ..... 19

##### 1.3.Yaşlılığın Sınıflandırılması ..... 20

###### 1.3.1.Orta Yaşlılık ..... 20

###### 1.3.2.Yaşlılık ..... 20

###### 1.3.3.İleri Yaşlılık..... 21

###### 1.3.4.Çok ileri Yaşlılık ..... 21

##### 1.4.Yaşlı Sağlığının Önemi ..... 21

##### 1.5.Yaşlı Nüfus, Bugün ve Gelecekteki Durum..... 21

### 2- YAŞLILIK DÖNEMİ SORUNLARI VE YAŞLILIKTA ORTAYA ÇIKAN

### FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER ..... 28

#### 2.Yaşlılık Dönemi Sorunları Ve Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler .... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

##### 2.1.Yaşlılık Dönemi Sorunları ..... 34

##### 2.2.Yaşlılıktaki Fizyolojik, Psikolojik, Sosyal Değişiklikler ..... 36

### 3.YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARI VE YAŞLILARDA SIK KARŞILAŞILAN

### HASTALIKLAR ..... 43

#### 3.Yaşlıların Sağlık Durumları Ve Yaşlılarda Sık Karşılaşılan Hastalıklar Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

##### 3.1.Yaşlılıkta Karşılaşılan Sağlık Sorunları ..... 49

##### 3.2.Sinir-Kas Sistemindeki Zayıflama ..... 50

##### 3.3.Hipokinetik (Hareket Eksikliği) Hastalıklar ..... 50

##### 3.4.Kalp-Dolaşım Sistemi Değişiklikleri ..... 50

##### 3.5.Solunum Sistemi Değişiklikleri ..... 51

3.6.Hormonal Değişiklikler .....	51
3.7.Kemik Kayıpları .....	52
3.8.Cinsel Aktivite Kayıpları .....	52
3.9. Beslenme Bozuklukları .....	52
<b>4- YAŞLILARDA KAZALARDAN KORUNMA VE EV GÜVENLİĞİ .....</b>	<b>59</b>
<b>4.Yaşlılarda Kazalardan Korunma Ve Ev Güvenliği .....</b>	<b>66</b>
4.1.Yaşlılarda Kazalardan Korunma .....	66
4.2.Yaşlılarda Ev Güvenliği .....	67
4.2.1.Yaşlılarda Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik Genel Güvenlik Listesi .....	68
4.3.İç Mekân Çözümlenmeleri .....	70
4.3.1. Antre İçin Güvenlik Listesi. ....	70
4.3.2.Oturma odası için güvenlik listesi. ....	71
4.3.3.Mutfak için güvenlik listesi. ....	72
4.3.4.Islak zeminler için güvenlik listesi. ....	74
4.3.5.Yatak Odası İçin Güvenlik Listesi. ....	75
4.4.Sonuç ve Öneriler.....	75
<b>5- YAŞLILARLA İLGİLİ DEMOGRAFİK VERİLER VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI .....</b>	<b>82</b>
<b>5.Yaşlılarla İlgili Demografik Veriler Ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
5.1.Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler <b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>	<b>Yer işareti tanımlanmamış.</b>
5.1.1.Demografik Ölçütler.....	88
5.1.2.Mortalite ile İlgili Ölçütler .....	88
5.1.3.Morbidite ile İlgili Ölçütler .....	88
5.1.4.Hastalık Yüğü Ölçütleri.....	88
5.2.Dünyada Yaşlı Nüfus .....	93
<b>6- TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA YAŞLILARA VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ .....</b>	<b>100</b>
<b>6.Türkiye’de Ve Dünya’da Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
6.1.Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlılara Verilen Hizmetler .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>

6.1.1.Kurumsal Bakım (dünü - bugün).....	106
6.1.2.Tarihsel Gelişim .....	106
6.1.3.Günümüzde Durum .....	107
6.2.Dünya’da Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri .....	109
<b>7- 21’NCİ YÜZYIL YAŞLI SAĞLIĞI İLE İLGİLİ HEDEFLER .....</b>	<b>116</b>
<b>7.21’nci Yüzyıl Yaşlı Sağlığı İle İlgili Hedefler .....</b>	<b>122</b>
<b>8- YAŞLILIKTA BESLENME VE SAĞLIKLI YAŞLANMA .....</b>	<b>130</b>
8.1.Yaşlılıkta Beslenme.....	136
8.2.Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi .....	136
8.3.Yaşlılıkta Besin Gereksinimleri .....	137
8.4.Yaşlılarda Beslenme İlkeleri .....	138
<b>9.EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMI.....</b>	<b>143</b>
<b>9.Evde Bakım Hizmetleri Ve Yaşlılarda İlaç Kullanımı ...Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>	
9.1.Evde Bakımın Tarihçesi .....	149
9.2.Evde Bakım Verilebilecek Durumlar .....	149
9.3.Evde Bakım Sisteminin Kapsamı.....	149
9.3.1.Evde Koruyucu Bakım: .....	150
9.3.2.Evde Tanı Koyucu Bakım: .....	150
9.3.3.Evde Tedavi Edici Bakım:.....	151
9.3.4.Evde Rehabilitasyon Edici Bakım: .....	151
9.3.5.Evde Uzun Süreli Bakım: .....	151
9.3.6.Evde Hospiz Bakımı:.....	151
9.4.Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler .....	152
9.5.Evde Bakımın Olumlu Yönleri .....	153
9.6.Evde Bakımın Olumsuz Yönleri .....	154
9.7.Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Gereksiniminin Boyutları .....	154
9.8.Evde Bakım Ekibi .....	157
9.9.Evde Bakım Verenlerin Özellikleri.....	159
9.10.Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu .....	160
9.11.Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu.....	163
<b>10- SAĞLIKLI YAŞLANMA İÇİN ÇEVRE VE YAŞLILIK DÖNEMİNDE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ .....</b>	<b>172</b>



**10.Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre Ve Yaşlılık Döneminde Sağlıkın Geliştirilmesi** Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

10.1.Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre..... 178

10.2.Ülkemizdeki Durum ..... 182

10.3.Aktif Yaşlanma ..... 184

**11.BEDENSEL ETKİNLİK VE YAŞLILIK ..... 194**

**11.Bedensel Etkinlik Ve Yaşlılık ..... 200**

**12- YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ ..... 210**

12.1.Yaşlı istismarı ve ihmali genel olarak 6 şekilde görülmektedir: ..... 217

12.1.1.Fiziksel İstismar..... 218

12.1.2.Ekonomik İstismar..... 218

12.1.3.İhmal..... 218

12.1.4.Kendi Kendini İhmal ..... 218

12.1.5.Duygusal İstismar ..... 218

12.1.6.Terk Etme ..... 218

12.2.Yaşlı İhmal ve İstismarının Saptanması..... 218

12.2.1.İhmalin Olası Belirtileri..... 219

12.2.2.Fiziksel İstismarın Olası Belirtileri ..... 219

12.2.3.Psikolojik/Duygusal İstismarın Olası Belirtileri ..... 219

12.2.4.Ekonomik İstismarın Olası Belirtileri ..... 220

12.3.Bakıcı Tarafından Yapılan İhmalin Olası Belirtileri ..... 220

12.4.Kendi Kendini İhmalin Olası Belirtileri ..... 220

12.5.Bakıcı Tarafından Yapılan İstismarın Olası Belirtileri ..... 221

12.6.Yaşlılar Neden İstismar Ediliyor ..... 221

12.7.Hangi Durumlarda Yaşlıların İstismara Uğrama İhtimali Artar ..... 222

12.8.İstismarcılar Kimlerdir ..... 222

12.9.Kurumlarda Hangi Çeşit Yaşlı İstismarı Olmaktadır ..... 223

12.10.Bu Konuda Ne Yapılabilir? ..... 223

12.11.Mesleki Eğitim ..... 224

12.12.Ülke Hizmet Sistemleri ve Hizmeti Sunanların İşbirliği..... 224

12.13.Toplum Eğitimi ..... 224

**13- HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA İLETİŞİM GÜÇLÜKLERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAKLAŞIMI ..... 230**

**13.Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri Ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı..... 236**

13.1.İletişim ve İletişim Sürecinin Ögeleri ..... 237

13.2.Yaşlılarda İletişim Güçlükleri ..... 237

13.3.Hastadan Kaynaklanan İletişim Güçlükleri..... 238

13.4.Sağlık Çalışanlarından Kaynaklanan İletişim Güçlükleri ..... 238

13.5.Çevreden Kaynaklanan İletişim Güçlükleri ..... 238

13.6.Görme Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri..... 238

13.7.İşitme-Duyuma Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri..... 239

13.8.Sonuç..... 242

**14- YAŞLILIK VE RUH SAĞLIĞI ..... 248**

**14.Yaşlılık Ve Ruh Sağlığı ..... 254**

14.1. Yaşlanma, Bellek ve Bunama ..... 256

14.2. Yaşlanma ve Ruhsal Hastalıklar ..... 257

14.3. Yaşlanma ve Uyku Sorunları ..... 257

14.4. Yaşlanma ve Cinsellik..... 258

## **KISALTMALAR**

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**BM:** Birleşmiş Milletler

**Vb:** Ve bunun gibi

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**ADNKS:** Adrese dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

**SHÇEK:** Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

**DM:** Şeker Hastalığı

## **YAZAR NOTU**

Yaşlı kimdir? Kimlere yaşlı denir? Bu tip soruların yanıtını kesin bir şekilde vermek zordur. Çünkü böyle bir kavram kişisel ve toplumsal birçok faktörden etkilenir. Ülkenin özellikleri, kültürel yapısı, emeklilik yaşı gibi birçok faktörü içeren toplumsal etkilerin içinde en önemlisi ülkenin sosyo-ekonomik yapısıdır. Dersimizde bu konuları irdeleyip öğrencilerimize vermeye çalıştık.

## **1. YAŞLILIK**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 1.1.** Yaşlılık Kavramı
- 1.2.** Yaşlılığın Tanımı
- 1.3.** Yaşlılığın Tanımı
- 1.4.** Yaşlılığın Sınıflandırılması
- 1.5.** Yaşlı Sağlığının Önemi
- 1.6.** Yaşlı Nüfus, Bugün ve Gelecekteki Durum

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılık Kavramı	Yaşlılığın tanımı	



## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılığın sosyal tanımı

## **Giriş**

Yaşlı, biyolojik olarak takvim yaşı ilerleyen insan demektir. Yaşlılığın sosyal tanımı da vardır: Buna göre, takvim yaşı büyüyenden daha çok, kendisini yaşlı gören insan yaşlıdır.

## 1.1.Yaşlılık Kavramı

Yaşlı, biyolojik olarak takvim yaşı ilerleyen insan demektir. Yaşlılığın sosyal tanımı da vardır: Buna göre, takvim yaşı büyüyenden daha çok, kendisini yaşlı gören insan yaşlıdır.

Takvim yaşı kaç olursa olsun kendisini yaşlı gören kişi yaşlıdır, yaşlı görmeyen ise yaşlı değildir. Çünkü yaşlılık, yaşla ilgili olmayan bir duygudur.

Romalılar zamanında 20–30 yaş civarında olan ortalama yaşam uzunluğu, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün istatistiksel sonuçlarına göre 1900'lu yılların başında 40-50'ye, 1930'da 50-60'a, 1950'lerde 65 ve 70'e yükselmiştir. Günümüzdeyse bu rakamlar 70 yaşlarının üstüne çıkmıştır.

Bu durum, Türkiye'de de benzer bir gelişme göstermiş ve ortalama yaşam süresi 1967'lerde 50–60 yaş iken, 2000'li yıllar için erkeklerde 70'ler civarı bayanlar için 73'ler civarı bir değere ulaşmıştır. Son yıllarda yaşam kalitesinde gözlenen gelişmeler, sağlık alanındaki gelişmeler, bilinçli yaşlanan kişilerin artışı vb. ülkemizdeki yaşam süresini olumlu etkilemektedir. Elde edilen istatistiklerin de gösterdiği gibi yaşlı kişilerin sayısı ve oranı da diğer ülkelere benzer paralellikte artmaktadır.

Yaşlı kimdir? Kimlere yaşlı denir? Bu tip soruların yanıtını kesin bir şekilde vermek zordur. Çünkü böyle bir kavram kişisel ve toplumsal birçok faktörden etkilenir. Ülkenin özellikleri, kültürel yapısı, emeklilik yaşı gibi birçok faktörü içeren toplumsal etkilerin içinde en önemlisi ülkenin sosyo-ekonomik yapısıdır.

Her ülkenin kendine özgü bir sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel yapısı ve bu yapıya göre şekillenmiş yaşam koşulları vardır. Ülkemiz insanının özelliklerini, yaşam koşullarını göz önüne alarak bir sınıflama yapmak daha doğru olur. Böyle bir sınıflama yaparken biyolojik yaşın kişisel faktörlerden etkilendiği gerçeğini göz ardı etmemek gerekir. Bunun en iyi örneği, toplumda 60 yaşında olan, evinden çıkmayıp neredeyse tüm gün televizyon izleyen bireylerin yanında, 70 yaşında olup dinç ve aktif olan bireylere de rastlanmasıdır. Aslında bütün bu gerçekler yaşlılarda biyolojik yaş ölçümlerinin güçlüklerini de ortaya koymaktadır.

Yaşlılık sorunları ile ilgili iki terim kullanılmaktadır. Bunlardan birisi geriatri terimidir. **Geriatri**, yaşlılık ve hastalıklarını konu edinen tıp dalıdır. Diğer terim ise **gerontolojiler** ve yaşlanma olayını konu edinen bilim dalıdır. Yaşlanma fizyolojisi olarak da tanımlanmaktadır.

Normal yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır.

Biyolojik yaşlanma, yumurtanın döllenmesiyle başlar. Tüm yaşam boyu süren bir olgudur.

Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern anlamda, kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da birikimleriyle yaşadığı dönemin adıdır.

Kronolojik yaşlılık, geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımının ifadesidir. Toplumda bunun karşılığı yaştır.

## **1.2.Yaşlılığın Tanımı**

Yaşlanma döllenme ile başlayan zaman akışı içinde normal olarak ortaya çıkan değişimler toplamıdır. Başka bir değişle yaşlanma; evrendeki tüm canlılarda molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan ve geriye dönüşü olmayan fiziksel, fonksiyonel, mental ve biyopsikososyal işlevlerinde azalmaya neden olan doğal bir süreçtir. Ancak, insan yaşamının son evresi olarak kabul edilen yaşlılığın tek bir tanımı yoktur.

### **1.2.1.Fizyolojik Yaşlılık**

Yapısal ve fonksiyonel değişimleri içermektedir.

### **1.2.2.Sosyal Yaşlılık**

Bireyin statü ve rol kayıpları çerçevesinde, içinde bulunduğu toplumun yaşa ilişkin olarak geliştirdiği normlar ve değerler bağlamındaki yargılar ve değerlendirmelerdir. Toplumun bireyi yaşlı olarak nitelediği bir evredir. Başka bir ifadeyle ilişkin toplumun sosyokültürel değerlerine bağlı bir süreçtir.

### **1.2.3.Ekonomik Yaşlılık**

Emekli olma ile başlayan bir evredir. Yani elini ayağını işten güçten çekme anlamına gelir.

### **1.2.4.Kronolojik yaşlılık**

Yaşlılığın başlangıcı için “takvimde tek olarak kabul edilen” yaş sınırıdır. Her bireyin yaşı kronolojik yaşa göre tanımlanır.

### **1.2.5.Psikolojik Yaşlılık**

Kişilerin duygularında, algılamalarında ve davranışlarında oluşan değişimlerdir. Anılarda yaşama, geçmişe özlem ve geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı ve üzüntü gibi duyguların tümüdür.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi olarak 65 yaş ve üzeri grubu almaktadır. DSÖ'nün yaşa ilişkin sınıflama sisteminde; 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası ileri yaşlılık ve 85 ve üzeri çok ileri yaşlılık olarak sınıflandırılmıştır.

Nüfus yapısının temel belirleyicisi olan doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi dünyada ve Türkiye’de nüfusun yaşlanmasına yol açmaktadır. Dünyada doğumda beklenen yaşam süresi 1950-55 döneminde 46,5 yılken, 2020-2025 döneminde 70,9 yıla ulaşacaktır.

Türkiye’de ise doğumda beklenen yaşam süresi 2010’da 71,8 yıla çıkmıştır (kadınlar için 76,8, erkekler için 71,8 yıl). 2020-2025 döneminde Birleşmiş Milletlerin tahminlerine göre Türkiye için doğumda beklenen yaşam umudu 74,6 yıl olacaktır. Yaşlılık kaçınılmazdır ancak yeti yitimi ve buna bağlı bağımlılık ve bakım gereksiniminin en az düzeyde tutulabildiği ve yaşam kalitesinin artırılabilirdiği bir yaşlılık mümkündür. Yaşlılıkta yaşam kalitesinin yükseltilmesi kronik nitelikteki fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının azaltılması ve yaşlı bireyin toplum ve iş, yaşamına aktif katılımının sürdürülmesiyle sağlanabilir.

Yaşlanma bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir. Ancak yaşlı grup olarak ele alınan kişilerin bütün özelliklerinin benzer olduğunu söylemek mümkün değildir. İş yaşamının içinde aktif ve üretken olan bir grubun yanında yeti kaybı bulunan ve bağımlı durumda olan yaşlılar da bulunmaktadır. Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, hukuk ve çalışma yaşamı açısından çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emeldi olunan dönem, kronolojik olarak bakıldığında ise genellikle 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak ele alınmaktadır. Birleşmiş Milletlerin birçok kaynağında ise yaşlılık 60 yaşında başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genelde yaşlılık dönemi olarak 65 yaş ve üzeri grubu alırken günümüzde Birleşmiş Milletlerin diğer birimleri gibi yaşlılık sınırını 60 yaşa çekmeye başladığı görülmektedir. Yaşlılık dönemi kendi içinde bir takım farklılıklar bulunması sebebiyle 65-74 yaş (genç yaşlı), 75-84 yaş (yaşlı) ve 85 yaş ve üzeri dönem (ileri yaşlı) olarak ayrılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin belirgin şekilde uzaması sonucunda bu kategorilendirmeye “asırlık” (centenarian) olarak adlandırılan 100 yıl yaşamış ve 110 yıl yaşamış “süper asırlık” (super-centenarian) olmak üzere iki grup daha eklenmiştir. Yaşlı grupta 75 yaş ve sonrası dönem bağımlılığa geçiş dönemi, 80 yaş ve üzeri dönem ise bakım ihtiyacının ortaya çıktığı yaş periyodu olarak görülmektedir. Bu nedenle ayrıca göz önüne alınması önerilmektedir.

### **1.3.Yaşlılığın Sınıflandırılması**

#### **1.3.1.Orta Yaşlılık**

Bu bölüm, kişinin çalışma yaşantısındaki 2. bölümünü oluşturur ve 40 ile 65 yaş arasını kapsar. Bu dönemde fonksiyonel kayıplar sıklıkla genç erişkinlik dönemi ile karşılaştırılınca %10 ile 30 arasındadır.

#### **1.3.2.Yaşlılık**

65 ile 75 yaş arasını kapsayan bu dönem, sıklıkla emekliliği takip eden bir dönemdir. Fonksiyonel olarak çok büyük kayıpların gözlenmediği ve beklenmediği bir dönemdir. Hatta bazen genç yaşlılık olarak da anılır.

### **1.3.3.İleri Yaşlılık**

75 ile 85 yaş arasını içeren bu dönemde sıklıkla fonksiyonel kayıplar gözlenir ama kişi genellikle belli bir oranda başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilecek bir durumdadır.

### **1.3.4.Çok ileri Yaşlılık**

85 yaş ve üstünü içeren bu dönemdeki kişiler özel bakıma, özel evlere veya yardımcıya ihtiyaç duyarlar.

## **1.4.Yaşlı Sağlığının Önemi**

Günümüzde sağlık alanındaki buluşlar ve beslenme koşullarının düzelmesi gibi nedenlerle, özellikle gelişmiş ülkelerde insan ömrü uzamış ve buna bağlı olarak tüm dünyadaki yaşlı nüfus artmıştır. Eski Roma'da ortalama yaşam süresi 22 yıl iken, 19. yüzyılda 41 yıla ulaşmıştır. 2020 yılında ise dünya genelinde ortalama yaşam süresinin 73 yıla ulaşması beklenmektedir. Türkiye'de de 1950-55 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 43,6 yıl iken, 1990-2000 yılları arasında 68,1 yıla yükselmiştir. Toplumların yaşlanması, 21. yüzyılın en önemli toplum sağlığı değişimlerinden birisidir. Yaşlıların artan sayıları, toplum sağlığı sistemlerine, tıbbi ve sosyal servislere gereksinimi giderek arttırmaktadır. Bakım hizmetlerinin planlanmasında kullanılan yaşlı bağımlı oranı dünya genelinde hızlı değişimler göstermektedir. Örneğin; bu oran 2002'de Japonya için 0,39, Kuzey Amerika için 0,26 ve Avrupa Birliği için 0,36 iken, bu oranların 2025 yılında 0,66, 0,44, 0,56 olması beklenmektedir. Uzun süreli hastalıklar, azalmış yaşam kalitesi, giderek artan sağlık bakım giderlerini ağırlaştırmaktadır. Aynı zamanda ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerde hızlı yaşlanma aile yapısı ve rollerinde, iş ve göç olgusunda dramatik değişikliklere neden olmaktadır. Kentleşme, gençlerin iş bulmak için kentlere göç etmesi, ailelerin küçülmesi ve kadınların daha fazla iş yaşamına katılması gibi nedenler yaşlılara ihtiyaç duydukları zaman ve bakımı sunacak kişilerin daha da azalmasına neden olmaktadır.

Dünyada yaşlıların bir kısmı çeşidi sağlık sorunları nedeniyle kısıtlılık içindeyken, kimileri bu sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmekte, kimileri ise çeşidi görevleri aktif olarak yürütmektedirler. Günümüzde yüksek kalitede, üretken ve bağımsız bir yaşlılık süreci temel ilke olarak benimsenmiştir. Üretken yaşlılığın yolu sağlıklı yaşlanmadan geçer. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Dolayısıyla hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları gerekmektedir.

## **1.5.Yaşlı Nüfus, Bugün ve Gelecekteki Durum**

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payına göre toplumların genç ya da yaşlı nüfus yapısına sahip olduğu şeklinde yorum yapılır. Bir toplumda 65 yaş üzeri grubun

toplamdaki payı %4'ten az ise "genç toplum", %4-7 arasında ise "olgun toplum", %7-10 arasında olduğu durumlarda "yaşlı toplum", %10'un üzerinde olduğu durumlarda ise "çok yaşlı toplum" ifadesi kullanılmaktadır. Nüfus yapılarına göre ABD "yaşlı toplum", Avrupa ülkeleri ise "çok yaşlı toplumlar" olarak değerlendirilmektedir. Türkiye ise nüfusunun %7,2'lik bölümünün 65 yaş ve üzerinde olması sebebi ile "yaşlı toplum" grubuna girmektedir. Dünya nüfusu 7 milyara ulaşmıştır. Bu nüfusun 606 milyonu 60 yaş ve üzerindedir ( %8,6). Bugün yaşlı nüfusun büyük kısmı Çin, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya ve Japonya' da yaşamaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı ise %1,9 düzeyindedir ve 2025 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri nüfus 800 milyonu aşacak, bunların üçte ikisi, çoğunluğu kadınlar olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacaktır. Dünya nüfusunun yaklaşık %17'sini 2050 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturacaktır. Bundan sonra gelişmiş ülkelerde nüfus daha yavaş yaşlansa bile, bu ülkeler ileri yaşlılar grubunda görece olarak daha fazla nüfusa sahip olacaklardır. Önümüzdeki 25 yılda, 65 yaş ve üzeri nüfus %88 artarken, çalışan nüfustaki artış %45 olacaktır. Bu durum giderek azalan sayıdaki çalışan nüfusun artan bir kesime bakması anlamına gelmektedir.

Türkiye'de ilk nüfus sayımının yapıldığı 1927 yılından 1990 yılına kadar beş yıl arayla 13 nüfus sayımı yapılmıştır. 1990'dan 7 yıl sonra 1997'de ve 2000 yılında olmak üzere iki kez daha olmak üzere 15 kez nüfus sayımına gidilmiştir. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus 1935 nüfus sayımında Türkiye nüfusunun %3,88'ini oluşturmaktadır. Dalgalı bir seyir izleyen yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 50 yıl sonra 1985'te %4,19, 1990'da %4,28, 2000 nüfus sayımında ise %5,69, 2010 yılında ise %7,2'ye ulaşmıştır. Türkiye'de 2010 yılında 60 yaş ve üzeri 7.819.690 kişi yaşamaktadır ve bu nüfusun toplam nüfus içindeki payı %10,6'dır. 65 yaş ve üzeri nüfus Türkiye'de 2025'te (yaklaşık 9 milyon kişi) 2050'de %19'a ulaşacaktır.

Toplumun yaş yapısı hakkında bilgi veren ölçütlerden biri de yaşlılık indeksidir. Yaşlılık indeksi, her yüz 0-14 yaş grubu çocuğa göre 60 yaş ve üzeri nüfusu gösterir. Türkiye'nin 2010 yılı nüfusuna göre yaşlılık indeksi 26,8 olarak hesaplanmıştır.

Türk toplumunun genelindeki yaşlanmanın bir göstergesi olarak ülke nüfusunun ortanca yaşı da son 75 yılda 8,01 yıl artmıştır. Toplumun ortanca yaş değeri 1935'te 21,2 yılken, 1990 yılında 22,2 yıla ulaşmıştır. Ortanca yaş 2010 yılında 29,2 yıla (erkeklerde 28,7, kadınlarda 29,8 yıl) yükselmiştir.

Türkiye'de 2010 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 5.327.736 kişidir (%7,2). 60 yaş ve üzeri nüfus ise 7.819.690 kişidir ve 60 yaş üzeri nüfus Türkiye toplumunun %10,6'sını (7.819.690 kişi). 75 yaş ve üzeri nüfus %5,3'ünü, 80 yaş ve üzeri nüfus ise %3,8'ini oluşturmaktadır.

## **Uygulamalar**



## **Uygulama Soruları**

## **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Dünyada yaşlıların bir kısmı çeşidi sağlık sorunları nedeniyle kısıtlılık içindeyken, kimileri bu sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmekte, kimileri ise çeşidi görevleri aktif olarak yürütmektedirler. Günümüzde yüksek kalitede, üretken ve bağımsız bir yaşlılık süreci temel ilke olarak benimsenmiştir. Üretken yaşlılığın yolu sağlıklı yaşlanmadan geçer. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması, doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Dolayısıyla hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları gerekmektedir.

## Bölüm Soruları

- 1) Biyolojik olarak takvim yaşı ilerleyen insana ne denir?
  - a) Ergen
  - b) Dede
  - c) Amca
  - d) Yaşlı
  - e) Büyükbaba
- 2) Yaşlılık sorunları ile ilgili bir terim olan Geriatri ile ne anlatılmak istenir?
  - a) Ergenlik ve hastalıklarını konu edinen tıp dalı
  - b) Yaşlılık ve hastalıklarını konu edinen tıp dalı
  - c) Çocukluk ve hastalıklarını konu edinen tıp dalı
  - d) Bebeklik ve hastalıklarını konu edinen tıp dalı
  - e) Annelik ve hastalıklarını konu edinen tıp dalı
- 3) Yaşlılık sorunları ile ilgili bir terim olan Gerontoloji ile ne anlatılmak istenir?
  - a) Ergenlik olayını konu edinen bilim dalı
  - b) Bebeklik olayını konu edinen bilim dalı
  - c) Annelik olayını konu edinen bilim dalı
  - d) Yaşlanma olayını konu edinen bilim dalı
  - e) Babalık olayını konu edinen bilim dalı
- 4) Biyolojik yaşlanma ne zaman başlar?
  - a) Doğumla birlikte
  - b) 7 Yaşından itibaren
  - c) Yumurthanın döllenişle
  - d) Ergenlikten itibaren
  - e) 50 yaşından sonra

5) Yaşlanma ..... ile başlayan zaman akışı içinde normal olarak ortaya çıkan değişimler toplamıdır.

a) Bebeklik ile başlayan

b) Döllenme

c) Çocukluk ile başlayan

d) 50 yaş ile başlayan

e) 60 yaş ile başlayan

**Cevaplar:** 1)d 2)b 3)d 4)c 5)b

**2. YAŞLILIK DÖNEMİ SORUNLARI VE YAŞLILIKTA ORTAYA  
ÇIKAN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 2.1.** Yaşlılık Dönemi Sorunları
- 2.2.** Yaşlılıktaki Fizyolojik, Psikolojik, Sosyal Değişiklikler

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılık dönemi sorunları	Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler	



## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılık dönemi sorunları

## **Giriş**

Yaşlanmak herkesin yaşantısının bir parçasını oluşturan doğal bir süreçtir. Sadece insanlar değil, toplumlar ve hatta dünya da yaşlanmaktadır.

## 2.1.Yaşlılık Dönemi Sorunları

İleri yaşların göstergesi olarak saçlarda akların oluşması, hareketlerinin yavaşlaması, algılamada karşılaşılan güçlükler bireyleri ister istemez belli kategorilere dâhil etmemize neden olur.

Yaşlanmak herkesin yaşantısının bir parçasını oluşturan doğal bir süreçtir. Sadece insanlar değil, toplumlar ve hatta dünya da yaşlanmaktadır.

Yaşlanmanın içerdiği fiziksel değişimler, beraberinde psikolojik ve sosyolojik değişimlere de neden olur. Yaşlanmayla birlikte, hayatın yaşanmış bölümlerinden tatmin olup geri kalan bölümünü hareketsiz, gevşemiş, hayatta kalmak için korkularla dolu ve o anda sahip olduğu fiziksel kapasiteden tatmin olmuş bir şekilde sürdürmek anlayışı sıklıkla gözlemlenen psikolojik görüntüdür. Hâlbuki daha iyi bir fiziksel ve ruhsal kapasite sadece yaşamımızı sürdürmek için gerekmez. Yaşam kalitemizi artırmak, kendimizi daha iyi hissetmek, günlük görev ve sorumluluklarımızı yerine getirmek, yaptığımız işlerden hoşlanmak, yaşamın sürpriz çıkışlarından kendimizi korumak için de gereklidir.

Bireyler yaşlandıkça daha az çalışmakta, üretmekte ve kazanmaktadırlar. Emeklilik sonrası gelir düzeyindeki düşüş, makineleşmenin ve hızlı nüfus artışının yol açtığı istihdam sıkıntısı, ortaya çıkan sağlık problemleri nedeniyle çalışma yaşamından uzaklaşma, hayat pahalılığı vb. nedenlerle yaşlılık döneminde ekonomik sıkıntılar ve yoksullukla karşılaşılabilir. Azalan gelire uyum sağlayamama, daha önceki ölçülere uygun yaşayamamanın verdiği sosyal ve psikolojik baskı, sağlık, beslenme gibi alanlara yapılan harcamaların artması, yetmeyen gelir nedeniyle yakınlarından parasal yardım alma ve yakınlarına yük olmanın getirdiği psikolojik baskılar, çoğunlukla yaşlı nüfusun karşılaştığı problemlerdir.

Yaşlılık, beraberinde kişinin toplum içinde etkili rollerini ve fonksiyonlarını kaybetmesini de sağlamaktadır. Emeklilik ve beraberinde ortaya çıkan gelir azalması yaşlı bireyin toplumsal statüsünü düşürmektedir. Bu ise onun topluma uyum sürecinde çeşitli problemler yaşamasına ve yalnızlaşmasına neden olmaktadır. Yalnızlık, farklı toplumlarda birçok yaşlının yaşadığı problemlerin başında gelmektedir. Bu da kişinin psikolojisinin bozulmasını sağlamaktadır. Bunun için yaşlıların yaşamını değerli kılacak sosyal çevreler ve mekânlar oluşturulmalı ve bunların sürdürülebilir olmasına özen gösterilmelidir. Yaşlıların üretkenliğinin sağlanması ve nikâh şekeri, oyuncak, süs eşyası yapımı gibi bir uğraş içine girmeleri sağlanmalıdır. Bu gibi aktiviteler bireyin sosyalleşmesini sağlamakla kalmayıp meşguliyet terapisi de sağlayacaktır.

Yaşam boyunca “varlığını anlamlı kılmayı” ilke edinen bir birey, gerek yetişkinlik gerekse yaşlılık döneminde yaşamın ne anlama geldiğini bilerek yaşayacaktır. Yaşamı anlamlı kılmak, sosyal açıdan yararlı işlerle uğraşmak, çevresindeki insanlara örnek ve öğretici olmak biçiminde değerlendirilebilir. Diğer bir ifade ile “yaşamı anlamlandırmak” bireyin ahlaki ölçülerde aklını kullanmasıdır. Yaşamı anlamlı kılmmanın yollarından biri de “bir işe yaramak” ve “bir işi başarmak” konusunda etkili olmaktır. İnsanlarla olan ilişkilerde bireylerin iletişimi,

karşılıklı olarak hem kendini hem de başkalarını memnun edecek düzeyde olmalıdır. Kısacası birey, yaptığı işten keyif almalıdır. Bu düşünceler çerçevesinde yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerini, henüz yaşlılık dönemine gelmeden önce düzenlemesi gerekir. Bireylerin her zaman bir başkasının sohbetine, iletişimine ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaç yaşlılık döneminde giderek daha da çok artmaktadır. Sosyal ilişkilerimizi nasıl düzenlemeliyiz? Bu sorunun yanıtını vermek kolay değildir. Ancak aile, akrabalık, komşuluk ilişkilerimizi ve arkadaş grubu içerisindeki ilişkilerimizi “sağlıklı bir biçimde” kurabilir ve iletişimde “uzlaşmacı” bir tavır sergileyebiliriz.

Yaşlılıkla ister istemez hepimiz bir gün karşılaşacağız. Bu yüzden, yaşlıların saygın bir yerinin olduğunu çocuklarımıza öğretmeliyiz. Yetişkinlerin, kendi anne-babalarına karşı davranışlarını çocuklarına örnek olacak biçimde düzenlemeleri gerekir. Çağcıl iletişim araçları karşısında bu davranışları çocuklarımızda nasıl ve ne kadar gerçekleştirebiliriz, bilemeyiz ama mümkün olduğu ölçüde bunu denemek gerekir.

Arkadaş grubu oluşturmanın ve ilişkileri kalıcı bir biçimde sağlamanın yolu da bireylerin birbirini anlamalarından ve uzlaşma kültürüne sahip olmalarından geçmektedir.

Yaşlılıkta aile ilişkilerinden daha çok arkadaş grupları önem kazanmaktadır. Çünkü ileri yaşlarda aile üyeleri ile her zaman birlikte bulunulmayabilir. Bu durumda daha çok arkadaşlık ve komşuluk ilişkileri önem kazanır. Aile, akrabalık, arkadaş ve komşuluk ilişkileri samimi ve yüz yüze olduğu için bireylerin birbirine karşı hoşgörü düzeyi yükselebilir de düşebilir de. Kısaca bu ilişkileri tolere etme her zaman için mümkündür.

Diğer bir ifade ile bireyler birbirlerini daha çabuk affedebilirler. Bu açıdan, birlikte vakit geçirmenin değerli bir uğraş olduğunun düşünülmesi gerekir. Yaşamın, paylaştıkça anlamlı ve güzel olduğunun sıkça dillendirilmesi gerekir. Kendisine ihtiyaçlarının bulunduğunu hissetmesi de yaşlıyı yaşama bağlayan ve onu aktif kılan nedenlerdendir. Yaşlı annenin (anneanne-babaanne) torun bakması, onların denetimini sağlaması bir işe yarama duygusunu yaşamasına neden olur. Özellikle yaşlının nazarında torun sevgisinin ayrıcalıklı bir yeri vardır. Bu tür davranışlar aile ve akrabalık ilişkilerinin pekişmesini sağlar. Yaşlının yaşamla bağı artar ve bütün bunlar sosyal anlamda yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltir.

Bunun dışında sağlık durumu elverişli olanlar, gönüllü kuruluşlar içinde etkin olarak görev alabilirler. Örneğin yaşadığı bölgenin sorunlarına, eğitim sorunlarına, çevresine duyarlı olmak, kimsesiz çocuklarla ve sorunlu gençlerle ilgilenmek, çevreci hareketlerin içinde olmak vb. gibi daha birçok gönüllü örgütlenmeler içinde görev alabilir ya da etkinliklerine katılabilirler. Bu tür gönüllü uğraşlar, aynı zamanda bir toplumsal sorumluluk özelliği taşır. Yaşlı birey bu sorumluluğu diğerleri ile paylaştıkça bir işe yaradığını düşünür ve bundan dolayı mutlu olur.

Çevremizde birçok insanın emekli olduktan sonraki planlarını sıkça duymuşuzdur. Kendisinin yeni bir yaşam hazırlığı içinde olduğunu gözlemleriz. Bu düşüncelerin birey açısından ne kadar çok önemli olduğunu belirtmemiz gerekir. Bunlar bireyin yaşama bağlı olduğunun ve yaşam sevincini kaybetmediğinin göstergeleridir. Çünkü yaşam, yaşadığımız

sürece devam edecektir. Bu anlamda yaşlılık öncesinden kendimizi nasıl meşgul edeceğimizi düşünmemiz ve hazırlık yapmamız gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün gelecekte üstesinden gelmesi gereken en önemli sorunlardan birisi de yaşlanan dünya nüfusunun sorunlarıdır. Her ay dünyamızda bir milyon kişi 65 yaş üstünde olan nüfusa katılıyor. İstatistikler, 2050 yılına ulaşıldığında her beş kişiden birinin 65 yaşın üzerinde olacağını ve ileri yaş grubunun 1,5 milyar kişiye ulaşacağını göstermektedir.

Yaşlılığı sadece 18–24 Mart Yaşlılar Haftası kutlama etkinlikleri çerçevesinde yılda bir kez değil her zaman gündemimizde tutmalıyız.

## **2.2.Yaşlılıktaki Fizyolojik, Psikolojik, Sosyal Değişiklikler**

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur. İlerleyen yaşla birlikte insan organizmasında meydana gelen değişiklikler yaşlının yaşam kalitesini etkiler. Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler, menopoz ve andropoz dönemleri fizyolojiktir. Bununla birlikte önceki yıllarda yaşanan değişik sağlık olayları veya sağlıkla ilgili davranışlar ve genetik faktörlerde yaşlıda ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerde dolayısı ile yaşlının yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler, kalp damar sistemi ve solunum sistemi ile ilgili olanlardır. Toraksın anatomik yapısındaki değişmeler ve kollajen liflerin elastisitesinin azalması sonucunda solunum kapasitesi azalır ve bir kişi 70 yaşına geldiğinde solunum kapasitesi 30 yaşındaki değerin yarısına iner. Kalp kasının dejenerasyonu sonucunda kalp debisi azalır, periferik damar direncindeki artına ile birlikte organların kanlanmasında azalma meydana gelir. Merkezi sinir sistemi işlevlerinde gerileme olur, duyu organlarının zayıflaması en çok görme ve işitmenin zayıflaması şeklinde olur. İskelet sisteminin mineral içeriğindeki azalma, kas gücünde zayıflama ve kas kütlelerinde azalma sonucunda yaşlıda hareket yeteneği düşer. Yaşlılıkla birlikte nöronların ölmesine bağlı olarak beyin hacminde küçülme ve ağırlığında azalma olmaktadır. Özellikle 60 yaşından sonra kendini yenileme yeteneğinden yoksun olan nöronların kaybı hızlanmaktadır. Beyin ağırlığı 80 yaşındaki bireylerde genç erişkinlere göre %17 azalma gösterir. Ayrıca 50 yaşından sonra nöral süreçlerde de yavaşlama görülür. Ancak yaşlılarda gözlenen bu merkezi sinir sistemi bulgularına paralel olarak eğitim birikimi ve pratik olaylardaki entelektüel etkinlik olarak tanımlanan kristalize zekâda bir azalma olmazken, sözel olmayan problemlerde rol oynayan akıcı zekâ azalmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte kişinin çalışma belleğinde azalma olduğu için kısa süreli bilgiyi hatırlamakta güçlük yaşanmaktadır.

Yaşlanma ile birlikte bireyin sosyal yaşamında da değişiklikler oluşmaktadır. Yaşlıların büyük kısmı emekli olmakta, çocukların evden ayrılması sonucunda aile küçülmekte, fizyolojik değişimlerin olumsuz etkileri nedeniyle hareket kabiliyeti sınırlanan yaşlının ev içindeki ve ev dışındaki yaşamın da kısıtlılıklar, sosyal çevresinde daralma meydana gelmektedir. Bu dönemde eşin kaybedilmesi yaşlı bireyi etkileyen diğer bir olumsuz yaşantı olarak ortaya çıkmaktadır. Emeklilik ile birlikte yaşlıların büyük kısmının gelirindeki azalma, yaşlının sosyal statüsünün gerilemesine, kişinin birçok sosyal aktiviteden vazgeçmesine neden

olmaktadır. Yaşlanma ile ortaya çıkan sosyal değişikliklerin bir bölümünde sağlık sorunlarının da payı vardır. Kronik hastalıkları nedeniyle yatağa bağımlı hale gelen yaşlı kişinin sağlık sorunları yanında bir başkasının bakımına ve desteğine gereksinim duyması nedeniyle sosyal sorunlar da gündeme gelmektedir.

ABD’de evde bakım hizmeti alan ağır yeti kaybı olan yaşlılar evde bakım hizmetleri kapsamına giren hizmetlerden en fazla giyinme, beslenme ve yıkanma gibi kişisel bakım hizmetlerine, ev işleri, yemek hazırlama, günlük ev işlerine yardım ve bakım yönetimi hizmetlerine gereksinim duymaktadır.

## **Uygulamalar**

## **Uygulama Soruları**



### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgudur. İlerleyen yaşla birlikte insan organizmasında meydana gelen değişiklikler yaşlının yaşam kalitesini etkiler. Yaşlanma ile birlikte görme, işitme, iskelet sistemi, beyin ve prostatta oluşan değişimler, menopoz ve andropoz dönemleri fizyolojiktir. Bununla birlikte önceki yıllarda yaşanan değişik sağlık olayları veya sağlıkla ilgili davranışlar ve genetik faktörlerde yaşlıda ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerde dolayısı ile yaşlının yaşam kalitesi üzerinde etkilidir.

## Bölüm Soruları

1) Yaşlanma ile birlikte erkeklerde.....kadınlarda.....dönemleri fizyolojik değişimlere sebep olur.

- a) Yakışıklılık-Güzellik
- b) Andropoz-Menapoz
- c) Gençlik-Gençlik
- d) Gençlik-İhtiyarlık
- e) İhtiyarlık-Gençlik

2) Yaşlılık haftası hangi tarihlerde kutlanır?

- a) 15-21 Mart
- b) 21-27 Mart
- c) 07-13 Mart
- d) 18-24 Mart
- e) 13-19 Mart

3) Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan değişiklikler arasında en çok dikkati çekenler.....sistemi ve .....sistemi ile ilgili olanlardır.

- a) Kalp damar-solunum
- b) Solunum-boşaltım
- c) Sindirim-boşaltım
- d) Üreme-boşaltım
- e) Solunum üreme

4) Bir kişi .....yaşına geldiğinde solunum kapasitesi 30 yaşındaki değerinin yarısına iner.

- a) 80
- b) 60
- c) 50
- d) 70

e) 90

5) .....yaşından sonra kendini yenileme yeteneğinden yoksun olan beyindeki sinir hücreleri olan nöronların kaybı hızlanmaktadır.

a) 70

b) 80

c) 60

d) 50

e) 90

**Cevaplar:** 1)b 2)d 3)a 4)d 5)c

### **3.YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARI VE YAŞLILARDA SIK KARŞILAŞILAN HASTALIKLAR**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 3.1.** Yaşlılıkta Karşılaşılan Sağlık Sorunları
- 3.2.** Sinir-Kas Sistemindeki Zayıflama
- 3.3.** Hipokinetik (Hareket Eksikliği) Hastalıklar
- 3.4.** Kalp-Dolaşım Sistemi Değişiklikleri
- 3.5.** Solunum Sistemi Değişiklikleri
- 3.6.** Hormonal Değişiklikler
- 3.7.** Kemik Kayıpları
- 3.8.** Cinsel Aktivite Kayıpları
- 3.9.** Beslenme Bozuklukları

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlıların sağlık durumları	Yaşlılarda sık karşılaşılan hastalıklar	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılarda karşılaşılan hastalıklar



## **Giriş**

İleri yaşlardaki kişileri en çok rahatsız eden şey, vücudundaki ve hareketlerindeki ağırlaşmadır. Vücutta oluşan hantallık ve görüntü değişikliği, kişinin fiziksel aktiviteye katılmasını engelleyen belli başlı korkularından biridir.

### 3.1.Yaşlılıkta Karşılaşılan Sağlık Sorunları

İnsanlarda görülen pek çok hastalığın, ilerleyen yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Yaşlılıkta oluşan değişiklikler öncelikle beyin, merkezî sinir sistemi, çevre sinirler ve sonuçta kas sistemi üzerinde etkili olur. Sinir hücrelerindeki kayıplar, bir kısım hücresel elementlerdeyse artışlar gözlenir. 20-96 yaşları arasında beyinin ağırlığı %7-11 azalır.

Beyin zarındaysa 10-12 milyar olarak varsayılan sinir hücre sayıdaysa her gün yaklaşık 100.000'lik bir kayıp söz konusudur.

İşte beyin ve sinir hücrelerinde gözlenen bu kayıplar yaşlı kişilerin hareket yetenekleri, uyum ve fonksiyonlarındaki zayıflamaların başlıca sorumlularıdır. Sinir-kas çalışma yeteneğindeki zayıflama, reaksiyon zamanındaki kısalma merkezî sinir sistemindeki değişikliklerin en güzel ölçütlerdir. Ayrıca damar hastalıkları, beyindeki kan dolaşımının azalmasına, sonuçta beyin oksijenlenmesinin azalmasına neden olur. Bu da beyinin fonksiyonlarının azalmasıyla kendini gösterir. Bütün bu değişiklikler yaşlı kişinin aniden ortaya çıkan durumlara karşı bilinçli ve yeterli bir hızda reaksiyon verme yeteneğinin zayıflamasına neden olur. Bu en basit bir şekilde yolda karşıdan karşıya geçerken, trafik ışıklarını takip ederken kendini gösterir ve zaman zaman da tehlikeli olur.

Duyusal sistemdeki değişikliklerse görsel, duyuşal hislerde kayıplarla ortaya çıkar.

Kas hareketlerinin koordinasyonunun azalmasına, esnekliğini kaybetmesine yol açar.

Dolayısıyla kas dayanıklılığı ve kuvvetinde zayıflamalara yol açar. Ayrıca hareketlerin dengesi, zamanlaması ve vücut postüründe de değişikliklere ve zayıflamalara neden olur. Bu tip değişiklikler, çok ileri yaşlarda hareketi kısıtlar, vücut postürü olarak da bir çocuğunkini hatırlatacak düzeye ulaşır.

Reflekslerde görülen zayıflama ve boyun kaslarındaki gevşeklik, normal bir yürüyüşe rağmen hareket yeteneğinde, verimlilikte azalmaya neden olur. Ayrıca bu değişiklikler, yürüyüş stilinde de bir bozulmaya yol açar. Yaşlı kişi sadece kas-sinir koordinasyonundaki zayıflamaların yanında, vücudun genel görüntüsünde oluşan değişikliklerden de etkilenir.

Fakat ileri yaşlardaki kişileri en çok rahatsız eden şey, vücudundaki ve hareketlerindeki ağırlaşmadır. Vücutta oluşan hantallık ve görüntü değişikliği, kişinin fiziksel aktiviteye katılmasını engelleyen belli başlı korkularından biridir. Sonuçta isteksiz, yatağından veya sandalyesinden ayrılmayan bir kişilik yapısı oluşur. Hatta çocuklarının, torunlarının hoşuna giden ve sırf onların hatırına yapabileceği hareketleri yapma isteği bile kaybolur. Her on yıllık yaşam diliminde aktif vücut dokusunun yaklaşık %3-5'lik bir bölümünün kaybı söz konusudur. Bu da aktif yağ dokusu dışında hiç bir dokuyla doldurulamaz. Bununla kastedilen, ilerleyen yaşa rağmen kişide kilo artışı var veya kiloda bir değişiklik yoksa bu yağ doku artışının ifadesidir. Benzer bir görüntü, 3 hafta yatak istirahati yapan bir gençte de gözlenir. İşte bu yağ doku artışı hem görüntü hem de fiziksel olarak yaşlı kişinin genel görünümünü bozan diğer önemli faktörlerden biridir.

### **3.2.Sinir-Kas Sistemindeki Zayıflama**

Yaşlılıkta sıklıkla gözlemlenen değişiklik hareket azlığıdır. Bu, kasların az kullanılmasına ve kas hücre kayıplarına yol açar. Bu da kuvvet kaybı olarak fonksiyonlarımıza yansır. Kas sisteminde meydana gelen hücrel ve fonksiyonel kayıpların diğer nedenleri arasında beslenme bozukluğu ve hormonal değişiklikleri de sayabiliriz. Fakat en etkili olan unsur, kasların az kullanımı yani hareketsizliktir. 20-30 yaşlarında maksimal düzeyde olan kas kuvveti, 65 yaşlarında yaklaşık %80 azalır. Bayanların her yaş için kas kuvvetleri, erkeklerin 2/3'ü kadardır. Kas kuvvetindeki yaşlılıkla olan azalma, özellikle bacak ve gövde kaslarında belirgindir.

### **3.3.Hipokinetik (Hareket Eksikliği) Hastalıklar**

Yaşlılarda meydana gelen fiziksel değişiklikler eğer hipokinetik bir hastalık, zayıf bir fizik kapasite ve kondisyonla sonuçlandıysa sıklıkla bu değişiklikler yaşın ilerlemesine bağlanır. Yani neden olarak yaşın ilerlemesi gösterilir. Kişi yaşlandığı, fiziksel olarak inaktif olduğu zaman, eklemleri vücuda doğru hareket ettiren kaslar (fleksör) kısılır, yer çekimine karşı başın, vücudun ve eklemlerin duruşunu sağlayan kaslara güçsüzleşir. Bel ve omuz kaslarındaki zayıflamalar vücudun duruş pozisyonunu da etkiler ve kamburluk gibi şekil bozuklukları oluşur. Bu şekil bozukluğu da ileri dönemlerde göğsün fiziksel yapısını etkileyerek solunum fonksiyonunda bozukluklara ve yetersizliklere yol açar. Tabii ki kişinin solunum kapasitesindeki bu değişiklik onun fiziksel kapasitesinde de belirgin bir azalmaya neden olur.

Yaşlılık ve az kullanım sonucu kaslarda meydana gelen kısılmalar, uyumsuzluklar, eklem hareket yeteneğinin azalmasına neden olur. Bundan dolayı birçok yaşlı kişi, uzun süre oturduktan sonra ayakta durmakta ve oturup kalkmakta zorlanır. Zayıflamış bel ve kalça kasları da bu olumsuz değişikliklerin artmasına neden olmaktadır. Bütün bunların en önemli nedeni de kasların az kullanılması ve uygun egzersizler yapılmaması sonucunda kasların gerginliklerini kaybetmesidir. Eğer iskelet-kas, damar ve sinir sistemi hastalıkları da bu olumsuzluklara eklenirse kişinin hareket yeteneğindeki kısıtlamalar çok daha belirgin olarak ortaya çıkar.

Özellikle boyun bölgesinde meydana gelen kireçlenmeler, şekil bozuklukları, beyine giden damarlara yaptığı bası nedeniyle beyin kan akımında bir azalmaya yol açar. Buna, kalbin pompalama gücündeki azalma da eklendiğinde beyne kan gitmesi dolayısıyla oksijenlenmesinde belirgin bir yetersizlik ortaya çıkar. Bütün bu değişiklikler, baş dönmesiyle (özellikle pozisyon değiştirirken) kendini gösterir. Bu da kişinin hareket yeteneğini kısıtlayan diğer bir faktördür.

### **3.4.Kalp-Dolaşım Sistemi Değişiklikleri**

Kalp-dolaşım sistemindeki değişikliklerden en belirgin olanı tahminî maksimal kalp atım sayısının (= 220-yaş) yaş artışına paralel düşmesidir. Gençlerde dakikada 200 civarı olan bu değer 65 yaşlarında dakikada 155-160'lara kadar düşer. İstirahat kalp atım sayıdaysa

çok az bir değişiklik görülür. Bu görüntüye eşlik eden diğer önemli bir fonksiyonel değişiklikse kalbin dakikada pompaladığı kan miktarında gözlenen azalmadır.

Bu ise her yıl için %1'lik bir azalma şeklindedir. Buna neden olarak kalp kasının gücündeki azalma gösterilebilir. Şiddeti düşük bir aktivite sırasında gençle yaşlı bir kişinin kalbinin dakikada pompalamadığı kan miktarı arasında belirgin bir farklılık yoktur. Fakat aktivitenin şiddeti arttıkça farklılık belirginleşir. Yorucu, tüketici bir egzersiz sırasında bu fark yaklaşık %10-20 civarındadır.

Tansiyondaki değişikliklerse dinlenirken büyük tansiyonun yaşa paralel yükselmesi, küçük tansiyondaya belirgin bir değişiklik gözlenmemesi şeklindedir. Bu değişiklikten, yaşa paralel damar elastikiyetinde oluşan azalma sorumludur. Yaşlılarda yatılan veya oturlan bir yerden ani kalkmalarda veya pozisyon değiştirmelerde gözlenen baş dönmesi, bilinç bulanıklığı gibi şikâyetlerin altında yatan nedenlerden bir de budur.

### **3.5.Solunum Sistemi Değişiklikleri**

Solunum fonksiyonlarındaki gözle görülür bir değişiklik dakikadaki soluk alıp verme sayısının azalmasıdır. Bunun altında yatan en önemli nedenlerden biri solunum kaslarındaki zayıflamadır. Ayrıca oluşan kamburluk gibi göğüs kafesinin yapısını bozan iskelet yapı değişiklikleri de etkindir. Solunum kapasitesindeki azalmaya yukarıda saydığımız değişikliklerin yanı sıra akciğerlerin elastik yapısındaki zayıflamanın da büyük etkisi vardır.

Toplam akciğer kapasitesindeki azalma 25 ile 65 yaşları arasında yaklaşık %4-6'dır. Hava yolları, solunum kasları vb.deki bütün bu olumsuz değişikliklere rağmen yaşlılıkta akciğerlerin fonksiyonel kapasitesi orta şiddetteki bir egzersizi rahatlıkla kaldırabilecek düzeydedir.

### **3.6.Hormonal Değişiklikler**

Yaşlılıkta sadece organların fonksiyonlarında değil bu organların fonksiyonları arasındaki uyumda da zayıflamalar görülür. Sinir ve hormonal sistem arasındaki kontrolün uyumunda gözlenen zayıflama, vücudun karşılaştığı iç ve dış kaynaklı streslere uyum sağlama yeteneğini de zayıflatır. Çünkü enerji sağlama, vücut ısısını ve kan şekerini düzenleme, kaslar için gerekli proteinin yapımı, cinsiyet özelliklerinin korunması ve gelişimi, kalp atım hızı, tansiyon, bağırsak hareketlerinin düzenlenmesi gibi birçok vücut fonksiyonunun düzenlenmesinde, vücuttan salgılanan hormonlar sorumlu ve etkindir.

Kan şekerinin düzenlenmesi, gençlerle karşılaştırıldığında, 70 yaşlarındaki erkeklerde %20, bayanlardaysa %30'luk bir zayıflama gözlenir. Bu azalma enerji metabolizması, ısı düzenlenmesi gibi birçok vücut fonksiyonlarında etkili olan tiroit hormonu için 20 ile 80 yaşları arasında %50'dir.

Protein yapımı, kas kitle artışı gibi birçok vücut fonksiyonunda etken olan cinsiyet hormonları, büyüme hormonu gibi birçok hormonun salgılanmasındaki azalmaysa yaşlılıkta gözlenen kas kitle ve kuvvet kayıplarından sorumlu tutulabilecek en önemli faktörlerdendir.

### **3.7.Kemik Kayıpları**

Yaşlılıkla vücutta gözlemlenen diğer önemli bir değişiklik de kemiklerdeki mineral kayıplarıdır. Osteoporoz olarak da isimlendirilen kemik dokusundaki bu kayıplar, bayanlarda erkeklerden çok daha fazla görülür ve kişiyi kemik kırıklarına kadar götüren önemli bir değişikliktir. Yaklaşık 35 yaşından itibaren başlayan bu kayıp 90 yaşlarına kadar erkeklerde %20, bayanlardaysa %30'lara varan bir düzeydedir. Kemik dokusundaki kalsiyum kaybı 65 yaşlarında erkeklerde yaklaşık %8,8, bayanlarda 13,8'dir. Erkeklerle bayanlar arasındaki bu farklılıklar hormonal nedenlerin bir sonucudur. Diğer önemli bir faktör de beslenme bozukluğudur. Yatağa bağlı hastalarda benzer kayıpların tespit edilmesi, nedenler arasında hareketsizliğin de önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Bu düşünceden yola çıkan araştırmacıların yaptıkları bilimsel çalışmaların sonuçlarıyla uygun egzersizlerle bu kayıpların azaltılabileceği gösterilmiştir. Ayrıca kamburluk vb. vücut şekil bozukluklarının nedenleri arasında kemik dokusundaki mineral kayıplarının önemli bir yer tuttuğu da ifade edilmektedir.

### **3.8.Cinsel Aktivite Kayıpları**

Erkeklerde cinsel istek ve gücün normal olarak erişkinliği takiben aşamalı olarak azaldığı düşünülür. Fakat bununla ilgili yapılan bir çalışmada 60 ile 90 yaş arasında ve 149'u hâlen evli olan 250 kişilik grupta, 75 yaşının altında olanların %60'nın, 75 yaşının üstündekilerin %25'inin cinsel bir sorununun olmadığı tespit edilmiştir. 149 kişilik evli grubunsa %54'ünün düzenli cinsel aktivite içerisinde olduğu gözlemlenmiştir. Bu grubun içindeki cinsel aktivitesine devam eden en yaşlı çiftin erkeğinin 88, bayanınsa 90 yaşında olduğu da vurgulanmıştır. Ayrıca bu grup içinde yer alan 101 kişinin bekâr veya dul olduğu düşünüldüğünde sonuçlar çok daha anlamlı hâle gelmektedir.

Sonuçta çalışmalar, cinsel aktivitede yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan değişikliklerin kişisel kaynaklı olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Cinsel aktivite düzeyinin kişinin erken yaşlardaki seks alışkanlıklarıyla bağlantılı olduğunu ve çok ileri yaşlarda bile cinsel aktivitenin sürdürülebileceği, otoritelerce ifade edilmektedir.

Bütün bu açıklamalara rağmen cinsel aktivite kapasitesindeki azalmanın bir nedeni de fiziksel kapasitedeki azalmadır. Bu da sıklıkla erken yorulma ve dolayısıyla ilgi kaybının oluşmasından kaynaklanabilir. Ayrıca psikolojik faktörlerin cinsel aktivitedeki rolünü de ihmal etmemek gerekir. Böylece psikolojik sorunları çözmek ve düzenli yapılan fiziksel aktivitelerle korunan fizik kapasite sonucunda, ileri yaşlarda bu konuda olabilecekler yok edilebilir veya en aza indirgenebilir.

Sonuçta yaşlılıkta oluşan değişiklikler insan organizmasının doğal bir gelişimidir. Bu değişikliklerden de birçok faktör sorumludur. Fakat bunlar üç ana başlıkta özetlenebilir.

### **3.9. Beslenme Bozuklukları**

Fiziksel Kapasite Kullanım Azlığı (Hareketsizlik)

## Hormonal Değişiklikler

Bu saydığımız nedenlere de müdahale edebilme şansımız olduğuna göre yaşın ilerlemesiyle oluşabilecek değişiklikleri kontrol etmek de elimizdedir. Yaşlanmayı durdurmak, bugünkü koşullarda mümkün değildir ancak kendinizle barışık, sağlıklı ve dinç yaşamak mümkündür.

## **Uygulamalar**

## **Uygulama Soruları**



### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Yaşlılıkta oluşan değişiklikler insan organizmasının doğal bir gelişimidir. Bu değişikliklerden de birçok faktör sorumludur. Fakat bunlar üç ana başlıkta özetlenebilir. Beslenme Bozuklukları, fiziksel Kapasite Kullanım Azlığı (Hareketsizlik), hormonal değişiklikler.

## Bölüm Soruları

1) 20–30 yaşlarında maksimal düzeyde olan kas kuvveti, 65 yaşlarında yaklaşık ..... azalır.

- a) %100
- b) %90
- c) %80
- d) %70
- e) %60

2) Kalp atım sayısı gençlerde dakikada 200 civarı olan bu değer 65 yaşlarında dakikada .....'lara kadar düşer.

- a) 155-160
- b) 165-170
- c) 175-180
- d) 185-190
- e) 195-200

3) Kemik dokusundaki kalsiyum kaybı ..... yaşlarında erkeklerde yaklaşık % 8.8, bayanlarda 13.8'dir.

- a) 50
- b) 55
- c) 60
- d) 65
- e) 70

4) Yaşlılıkta her ..... yıllık yaşam diliminde aktif vücut dokusunun yaklaşık % 3-5'lik bir bölümünün kaybı söz konusudur.

- a) Bir
- b) Beş
- c) On
- d) Onbeş

e) Yirmi

5) Özellikle .....bölgesinde meydana gelen kireçlenmeler, şekil bozuklukları, beyine giden damarlara yaptığı bası nedeniyle beyin kan akımında bir azalmaya yol açar.

a) Baş

b) Bel

c) Karın

d) Boyun

e) Omuz

**Cevaplar:1)c 2)a 3)d 4)c 5)d**

## **4- YAŞLILARDA KAZALARDAN KORUNMA VE EV GÜVENLİĞİ**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 4.1.** Yaşlılarda Kazalardan Korunma
- 4.2.** Yaşlılarda Ev Güvenliğı
- 4.3.** İç Mekân Çözümlemeleri
- 4.4.** Sonuç ve Öneriler

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılarda kazalardan korunma	Ev güvenliği	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılarda ev kazalarından korunma



## **Giriş**

Yaşlıların karşılaştığı sorunların büyük bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, bazı kronik hastalıkların ve unutkanlığın sık görülmesi vb. nedenlerle yaşlılar ev kazaları açısından riskli grup olarak değerlendirilmektedir.



## **4.Yaşlılarda Kazalardan Korunma Ve Ev Güvenliği**

### **4.1.Yaşlılarda Kazalardan Korunma**

Dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanması ve yaşlı nüfusunun giderek artması, son yirmi yılda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgiyi artırmıştır. Dünya'da doğumda beklenen yaşam süresi 66 yıldan 73 yıla çıkmıştır ve DSÖ' nün tahminlerine göre, doğumda yaşam beklentisi 2025 yılında 75 olarak belirtilmektedir. Ortalama insan ömrünün uzamasının sonucu olarak, toplumda yaşlı nüfusunda görülen artış, yaşlıların sorunlarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Konut insan sağlığına olan etkileri nedeniyle sağlıklı yaşamın temel öğelerinden biri olarak kabul edilmiştir. Yaşlıların nerede, nasıl yaşadığı, yaşadığı yerin niteliği ve düzenlenmesi yaşlı refahı açısından önemlidir. Yaşlıların karşılaştığı sorunların büyük bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, bazı kronik hastalıkların ve unutkanlığın sık görülmesi vb. nedenlerle yaşlılar ev kazaları açısından riskli grup olarak değerlendirilmektedir.

Yaşlılarda ev ortamında meydana gelen kazaların çoğu kolayca gözden kaçabilen ancak kolaylıkla da giderilebilecek tehlikelerden kaynaklanmaktadır.

Ev kazaların oluş nedenleri incelendiğinde, büyük kısmına bilgisizlik, tedbirsizlik, ihmal gibi önlenebilir insan hatalarından kaynaklandığı bildirilmektedir. Sağlık ocağına başvuran yaşlılar arasında son bir yıl içinde geçirilen kazaların %40'ını, son 15 gün içinde geçirilen kazaların %86,6'sını ev kazaları oluşturduğu ve bu kazaların büyük kısmı salonda meydana geldiği; geriatrid polikliniğine başvuran hastalar arasında ise son bir yılda ev kazası geçirme oranı %65,3 olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada altmış beş yaş üzerindeki kişilerde ölümcül düşmelerin %60'ının evde, %30'unun toplu yerlerde, %10'unun ise hastane vb. yerlerde meydana geldiği belirtilmektedir.

Kadınlar erkeklere göre yaklaşık olarak 11 kat, 75 yaşında ya da daha yaşlı olanlar 65-74 yaşlarında olanlara göre yaklaşık olarak 12 kat, orta ğretim veya daha düşük düzeyde öğrenim görenler lise veya daha fazla öğrenim görenlere göre 3 kat, evli olmayanlar evli olanlara göre yaklaşık olarak 8 kat ve yalnız yaşayanlar başka biri ya da birileri ile birlikte yaşayanlara göre yaklaşık olarak 2 kat daha fazla kaza geçirmektedirler. Ayrıca düzenli egzersiz yapmamak, 4 ve daha fazla sayıda ilaç kullanıyor olmak, görme problemi, sık baş dönmesi, fiziksel yetersizlikler ve hipertansiyon hastası olmak da ev kazaları açısından risk faktörü olarak belirtilmiştir.

Yaşlılarda kemik yoğunluğunun azalması ve kemiğin daha kırılğan olması nedeniyle ev kazaları majör yaralanma ve ölüm nedeni olabilir. Basit düşmelerde bile kemik kırığı sonucu bireyin bağımsızlığını sınırlayıcı ciddi yaralanmalara, sakatlıklara neden olabilmektedir.

Ayrıca yaşlıların görme, dokunma, duyma ve koklama duygularında azalma, fiziksel işlevlerinde azalma, esneme, kaldırma ve eğilme hareketlerinin güçleşmesi sonucunda reaksiyon süresinin yavaşlamasına neden olacağından kazalara eğilim artmaktadır.

Bu nedenlerle yaşlılar arasında düşme, en sık yaralanma nedenidir. Düşmenin neden olduğu yaralanmaların toplam hızının 1970-1995 yılları arasında %183, düşmeye bağlı ölüm hızının aynı yıllarda %34 arttığı belirtilmiştir. Altmış beş yaş üzeri bireylerin yaklaşık 1/3'ü her yıl en az bir kez düşme deneyimi yaşamaktadır. Yaşlı bireyler arasında başta kalça olmak üzere çeşitli kemik kırıklarıyla sonuçlanan düşmeler, hareketsizliği artıran ve yatağa bağımlılığa neden olan bir faktördür. Düşmelerin yaşlılarda bağımsızlık ve güven kaybına neden olabileceği de belirtilmektedir.

Yapılan bir çalışmada düşme nedenli kırıkların %85,0'inin evde gerçekleştiği, 540 kalça kırığının %37,2'sinde belirli bir nesnenin düşmeye neden olması sonucu olduğu; düşmelerin en çok merdivenler (%14,9), sandalye, diğer mobilyalar (%13,9), paspas ve yer döşemeleri (%12,9) sonucu meydana geldiği bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada yaralanma öncesinde yaşlıların %98'inin ev içinde tam bağımsız olduğu, yaralanmayı takiben bu oranın azaldığı ve ancak %63'ünün bağımsız olabildiği, %20'sinin ise hala evde özel bakıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

Kuşkusuz yaşlı güvenliğinde en önemli koruyucu uygulamalardan biri yaşa bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikleri gidermeye yönelik yardımcı araçların (işitme aygıtı, gözlük vb.) sağlanmasıdır. Diğer uygulama ise evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılmasıdır. Bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir. Toplumda yaşlı nüfusun artması, ev kazaları için yaşlıların risk grubu olması ve bu kazaların önemli bir kısmının nedenlerinin kolayca tespit edilip ortadan kaldırılabilir olması, yaşlılarda ev güvenliğinin ve ev güvenlik listelerinin önemini artırmaktadır.

## **4.2. Yaşlılarda Ev Güvenliği**

Ev ortamında günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini düzenleyen ergonomi uygulamaları önemlidir. Ergonomik uygulamaların amacı, çevre ile yaşlılar arasında ilişkiyi sağlamaktır. Yaşlı bireylerdeki bozulmalara bağlı olarak çevresel faktörlerle ilişkili tehlikeleri ortaya koymak ve düzenlemeler yapmaktır.

Güvenlik listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir.

Sağlık alanında güvenlik listeleri sağlığın korunması ve yükseltilmesi uygulamalarında hastanelerde ve evde bakımda yaygın olarak kullanılmaktadır. Güvenlik listelerinin bir diğer yararı uygulayanlar açısından eğitici olması, birçok koruyucu uygulamanın anımsanmasına ve öğrenilmesine katkı sağlamasıdır. Bu listeler kültürel değişikliklere uygun düzenlenebilmektedir.

Söz konusu güvenlik listeleri bilgilendirme, başlangıç değerlendirmesi dışında, koşullar değişsin değişmesin periyodik olarak uygulandığında birçok kaza nedeninin önceden belirlenerek giderilmesine yardımcı olabilmektedir.

Güvenlik listeleri çevresel zararları azaltmada kullanılırken özellikle yürüyüş ve denge hatalarını gösteren görsel reçeteler de olası yaralanmalar azaltabilir.

Ev kazalarında çeşitli risk faktörleri ve çevresel zararları azaltmada güvenlik listeleri kullanılabilirken özellikle yürüyüş ve denge için risk faktörlerini hatırlatıcı görsel uyarıcılar olası yaralanmaları azaltabilir.

Yaşlının yaşam kalitesinin yükseltilebilmesinde, günlük yaşamının büyük bölümünün geçtiği konut ve çevresi büyük önem taşımaktadır. Bu alanlara yönelik olarak hazırlanmış genel bir güvenlik listesi vardır.

#### **4.2.1.Yaşlılarda Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik Genel Güvenlik Listesi**

- Acil telefon numaralar (ambulans, yangın vb.) her telefona yapıştırılmalıdır.
- Rakamlar kolayca seçilen telefonlar tercih edilmelidir.
- Mümkünse telefonlar her odaya yerleştirilmelidir. Düşme durumunda yerden uzanabilecek mesafede olmalıdır.
- İçeride ve dışarıda kapı tutamakları kolayca çalışabilmelidir.
- Kapı eşikleri olmamalıdır.
- Kapılarda yuvarlak kapı tokmağı yerine kertiği olan kapı kolları tercih edilmelidir.
- İçeriden kapılar kolayca açılmalı fakat dışarıdan birinin girişini önleyecek güvenlikte olmalıdır.
- Termostat kullanıldığında suyun sıcaklığı 48 C° tespit edilmelidir.
- İlaçlar güvenli yerlerde depolanmalıdır.
- İlaçlar direkt ışık almayan serin bir yerde saklanmalıdır.
- İlaçlar kendi kutularında tutulmalıdır.
- Yanlış ilaç kullanımının engellenmesi amacıyla ilaç kutularının üzerine büyük harfi gibi çeşitli uyarıcılar yazılmalıdır.
- Zemine kayabilecek özellikte olan halı, kilim vb. serilmemelidir.

- Halı, kilim vb. kenarları takılıp, düşmeye ve kaymaya yol açabilecek biçimde veya kıvrılmış durumda olmamalıdır.
- Aydınlatma için kullanılan aletler temiz ve iyi durumda/ bakımlı olmalıdır.
- Elektrik, telefon vb. kablolar açıkta ve takılmaya, düşmeye yol açabilecek biçimde olmamalıdır.
- Aşınma, zedelenmeye yol açacak yangın riskine neden olabilecek elektrik kablolarının üzerine eşya konmamalıdır.
- Elektrik fiş ve prizleri (topraklı) geceleri acil durumlarda kolayca görülebilecek özellikte (ışınımlı, ışıklı vb.) olmalıdır.
- Elektrik kabloları mutfak, banyo gibi su kullanılan alanlarda elektrik çarpmasını önleyici özellikte olmalıdır.
- Mümkünse ev ya da çalışma alanlarında yangın alarmı kullanılmalıdır.
- Ev zemini, özellikle ıslak alanlar kolayca kayabilecek materyalden yapılmamalıdır.
- Evlerde çocuk oyuncakları, bilyalar, kolayca yuvarlanarak kaymaya yol açabilecek malzemeler ortalıkta bırakılmamalıdır.
- Kullanılmayan, fazlalık ya da dağınıklık yapan eşyalar mümkün olduğu kadar azaltılmalıdır.
- Yaşlı evde çok uzun süre yalnız kalıyorsa banyo, mutfak ve sürekli bulunduğu alanlarda telefon kullanılmalıdır.
- Isı dengesini güç koruyabilen yaşlılar için etkin ısıtma sistemi olmalıdır.
- Yaşlıların yatakta sigara içmesi engellenmelidir.
- Küllükler derin ve çok az miktarda su konulmuş olmalıdır.
- Ayak tabanı kaydırmaz terlik ya da ayakkabı seçilmeli ve giyilmelidir.
- Yangın merdiveni ya da acil çıkış kapıları olmalıdır.

Yaşlıların nerede, nasıl yaşadığı, yaşadığı yerin niteliği ve düzenlenmesi yaşlı refahı açısından önemlidir. Yaşlılık döneminde olan bir aile veya kişinin konut ihtiyacı daha genç aile veya kişinin ihtiyacından farklılık göstermektedir. Bu nedenle yaşlı kullanıcılar için ergonomik faktörler göz önüne alınarak; giriş, mutfak, oturma odası, yatak odası, banyo wc gibi yaşam mekânlarını yaşlıların kullanımı ile ilgili çözümler hazırlanmıştır.

### **4.3.İç Mekân Çözümlenmeleri**

İç mekân çözümlenmeleri ev kazalarını önlemeye yönelik ev ve yaşlı bakım merkezlerine yönelik uygulamalardır. İç mekâna yönelik hazırlanan güvenlik listeleri ve mekân çözüm örneklerinde yaşlıların bağımsız hareketini artırmak, kaza oranını düşürmek için gerek mimari gerekse konut içi düzenleme açısından dikkate alınması gereken noktalar belirtilmiştir. Yaşlıların yaşam kalitelerini artırılabilme amacıyla mekânlara yönelik hazırlanmış olan güvenlik listeleri vardır.

#### **Sahanlık, Merdiven ve Kapı Geçişleri**

Yaşlıların konutlara girişlerinde problem yaşanmaması için geniş ve yatay sahanlık gerekir. Yaklaşık 1423 x 2134 mm'lik bir alan tekerlekli sandalye kullanıcıları açısından ve diğer yaşlı kullanıcıların konuta konforlu bir şekilde girişi açısından uygundur. Geçişler karşılıklı iki kapı, 90 derecelik iki kapı veya rampalar vasıtasıyla olabilmektedir. Rampalar 9000 m'den uzun olmamalı, merdivenlerin basamak yüksekliği 140, basamak uzunluğu ise 380 mm'yi geçmemelidir. Merdivenlerde ayağın takılabileceği uygunsuz basamak uygulamaları tercih edilmemeli, uzun merdivenlerde yaşlıların dinlenebilmesi için sahanlık bırakılmalıdır. Çok katlı binalarda merdivenin yanı sıra minimum 1100 x 1400 mm ölçülerinde asansör kabini konulmalıdır.

Konut merdivenlerinde olumlu ve olumsuz uygulamalar.

Yaşlıların bina koridorlarında tekerlekli sandalyeyle veya yürüyerek hareket ederler.

Koridorlar geçilerek gelinen konut kapılarının, rahat bir geçişi sağlaması için en az 800, en fazla 1000 mm aralığında olması arzu edilmektedir. Kapı üzerlerinde bulunan tutma kolları, tekerlekli sandalye kullanan yaşlılar için olduğu gibi yardım almaksızın yürüyebilen yaşlılar içinde oldukça faydalıdır. Kapı eşiklerinde tekerlekli sandalyelerin rahatlıkla geçebileceği özel tasarımlar kullanılmalıdır.

Yaşlıların tekerlekli sandalye kullanması durumunda koridorlardaki minimum genişlik

Yaşlıların koltuk değneği, baston veya tekerlekli yürüteç kullanması durumunda koridorlardaki minimum genişlik

#### **Antre**

Mobilyalar, yaşlıların düşme ve çarpma riskini azaltmak için duvarlar boyunca ve alanın köşesine yerleştirilmelidir. Kapıya yakın olarak yerleştirilmiş bir oturma yeri eve yorularak gelen yaşlı bireyin dinlenmesine olanak sağlayabilir. Aynı düşünceyle kapıya ya da duvara yerleştirilen bir tutma kolu da düşme riskini azaltacaktır.

#### **4.3.1.Antre İçin Güvenlik Listesi.**

- Yürürken çarpıp düşmeye yol açabilecek objeler olmamalıdır.

- Kaymayan zemin ve halı tercih edilmelidir.
- Girişen konulan donanım gece görülebilecek özellikte olmalıdır.
- Merdivenler eşit, uygun genişlik ve yükseklikte olmalıdır.
- Merdivenlerin her iki tarafında sağlam tırabzan bulunmalıdır.
- Merdivenler ve giriş iyi aydınlatılmalıdır.
- Merdivenlerin başlangıç ve bitiminde, kat aralarında ışınımlı lamba anahtarı olmalıdır.
- Kapı girişindeki eşik çok yüksek olmamalıdır.

Yaşlıların baston kullandığı düşünülerek kapı üzerinde bir baston askısı yapılabilir. Elbiseleri asmak için ise erişim engelleri düşünülerek farklı yükseklikli askılar tercih edilmesi daha uygun olacaktır. Yaşlıların daha konforlu yaşayabilmeleri için kapı kolları, elektrik düğmeleri ve prizler için uygun yüksekliklerde olmalıdır.

### **Oturma Odası**

Oturma odasını düzenlemek, yalnızca mobilya seçmek anlamına gelmemeli aynı zamanda mekânın rahatlık ve yaşam aktiviteleri için nasıl kullanılacağı düşünülmelidir. Odanın görünüş ve güzelliği en soğuk günleri, en üzüntülü anları bile daha dayanılır kılabilmektedir.

Yaşlılar vakitlerinin çoğunluğunu oturarak geçirmeleri nedeniyle oturma odasında en önemli nokta mobilya seçimidir. Kötü tasarlanmış sandalyeler ve koltuklar omurgayı ve bacakları rahatsız edecek, ayağa kalkmayı da güçleştirecektir. Bu sebeple yumuşak oturaklı ama sert destek kollu sandalye ve koltuklar tercih edilmelidir. Ayağa kalkmanın zor olmaması için oturma yüksekliği çok alçak ve derin olmamalıdır. Arkalığı yatan sandalyeler bazı kullanıcıların bellerindeki stresi azaltıcı etki yapacağı için tercih edilebilir. Sallanır ve kayan sandalyelerde oldukça rahat olabilir ancak oturanların düşebilme riski unutulmamalıdır.

#### **4.3.2.Oturma Odası İçin Güvenlik Listesi.**

- Elektrik kabloları yürünen alanlarda halı altında olmamalıdır.
- Sandalye ve kanepeler sağlam ve güvenli olmalı, eğilme ya da sallanma yapmamalıdır.
- Sandalye ve kanepeler çok yüksek ya da çok derin olmamalı, kolaylıkla kalkılabilmelidir.
- Sandalye ve kanepelerin oturma ya da ayağa kalkmada yardımcı kollukları olmalıdır.



- Işınımlı lamba anahtarları girişin hemen yanında olmalıdır.
- Yürüyüş için geçiş alanları yeterli olmalı, mobilyalar duvarlara doğru yerleştirilmelidir.

Duvarlar, tavanlar ve yerlerde herhangi bir renk grubu içinden sıcak renkler (örn: turuncu, Sarı vb.) seçilip, bunlardan birini vurgulamak yararlı olabilir. Koltuk ve sandalye döşemelerinde yaşlıların karamsar ruh halinden uzaklaşmalarını sağlayacak canlı renkler, küçük çiçek desenli, kaygan olmayan kumaşlar tercih edilmelidir. Sigara içen biriyle yaşanacaksa tek bir sandalye sigara içmek için ayrılmalıdır ve bu sandalyenin yanmayı önleyici ya da geciktirici özellikli malzemelerle kaplı olmasına dikkat edilmelidir. Sehpalar genellikle kanepelerin önünde ya da iki koltuğun arasında durmaktadır. Eğer normal yüksekliğinden biraz fazla yükseklikte olanlar tercih edilirse bir şeyler yiyip içerken eğilmeden uzanabildiği için daha işlevsel olabilir. Ancak televizyonun görüntüsünü engellememesine dikkat edilmelidir.

## **Mutfak**

Mutfakta yemek hazırlarken genellikle buzdolabından alınan yiyecekler evyede yıkanıp temizlenir ve tezgâhta hazırlandıktan sonra tencerede veya fırında pişirilir. Alternatif olarak donmuş gıdalar doğrudan mikrodalga fırında pişirilmektedir. Yeterli uzunlukta bir çalışma tezgâhı yiyeceklerin hazırlanmasında esneklik sağlarken aynı zamanda ağır tencereler, kaplar ve karışımdaki diğer malzemelerin daha az taşınmasını ve kaldırılmasını da sağlamaktadır. Yaşlıların mutfakta daha az yorulmaları için sağ veya sol el kullanımına bağlı olarak fırın, tezgâh ve bulaşık makinesi uygun yönde yerleştirilmelidir.

### **4.3.3.Mutfak İçin Güvenlik Listesi**

- Yeterli aydınlatma olmalıdır.
- Doğal gaz kullanılıyorsa alev ya da arıza anında otomatik gaz kesim sistemi olmalıdır.
- Ocak, ısıtıcı vb. araçların düğmelerinin açık kapalı durumları kolayca fark edebilecek biçimde işaretletmiş olmalıdır.
- Ocak, ısıtıcı vb. araçların düğmeleri yanıklara engel olacak şekilde fırının ön tarafında olmalıdır.
- Ocak ve fırınların yakınında kolayca tutuşabilecek maddeler ve cisimler olmamalıdır.
- Mutfakta direkt olarak dışarıya açılan ya da kullanılmayan boşluklara uzatma boru şeklinde baca/ havalandırma sistemi bulunmalıdır.

- Tezgâh yüzeyi çok yüksek olmamalı, üzerindeki kolayca alabilecek durumda olmalıdır.
- Lamba anahtarları kapının yakınında ve yeterli yükseklikte olmalıdır.
- Özellikle bıçak kullanılan çalışma yüzeylerinde parlak ışık kullanılmamalıdır.
- Hem sıcak hem soğuk su akışını sağlayan yuvarlak olmayan tek kontrollü musluklar kullanılmalıdır.
- Yere dökülen sıvılar hemen kurulanmalıdır.
- Yaşlı mutfakta çalışırken uzun ya da sarkıntılı olup tutuşmaya neden olabilecek kıyafetler giymemelidir.

Mutfak dolabının rafları yaşlı kullanıcıların tehlikeli hareketlerini engellemek için kolay erişilebilir olmalıdır. Yaşlı kullanıcılar için maksimum raf yüksekliği 1500 mm' dir. Ancak 1400 mm yüksekliğe yerleştirilmesi tercih edilen bir durumdur. Çünkü yaşlılar alttaki dolap nedeni ile ileriye ulaşmada zorlanacaktır. Alt dolapların minimum raf yüksekliği 400 mm' dir. Bu yüksekliğe çok sık kullanılmayan malzemelerin konulması tercih edilir.

Mutfak masaları döşeme üzerinde sabit-kararlı şekilde durabilmeli, ayakta kullanıldığı durumlarda bir destek fonksiyonu da üstlenebilmelidir. Masa ayakları düşme ve takılmaları engellemek için dışarıya çıkıntılı olmamalıdır. Mutfak dolaplarında dolap kapağına veya içine monte edilen telli veya sepetli çekmeceler kullanıcı memnuniyetini artıracaktır. Mutfak tezgâhında istenildiğinde alçalabilen ve oturarak da kullanılmaya yarayan bir tezgâh bölümünün olması, yaşlıların mutfak mekânından memnuniyetini artıracak ve oluşabilecek kazaların önüne geçecektir.

## **Banyo**

Yaşlılar için banyolardaki temel problem kayıp düşmek veya kayma sonucu bir yere çarparak yaralanmaktır. Bu sebeple banyolarda kaymayı engelleyici oturma yeri olan geniş bir duş yapma yeri hazırlamak gerekir. Burada alternatif olarak küvet sandalyesi, banyo nakil sandalyesi veya küvet asansörü de kullanılabilir.

Banyo zemini buharın yoğunlaşmasıyla oluşan nemliliği giderebilecek kaymaz özellikli malzemelerle kaplanmalıdır. Banyoya konulacak bir sıcaklık göstergesi yıkanma sonrası yaşlıların soğuk algınlığına yakalanma riskini azaltacaktır. Banyolara yerleştirilecek klozetlerde yaşlıların rahat kullanımına uygun çözümler üretilmelidir. Klozet kenarındaki duvara monte edilecek bir tutma kolu, oturma-kalkma eyleminin daha rahat yapılmasını sağlayacaktır. Bunun yerine gerekli durumlarda tutma kolu ilaveli klozetlerde kullanılabilir. Oturma-kalkma eylemi için daha fazla destek gerektiğinde her iki yanında destek kolu bulunan klozetler tercih edilmelidir.

#### 4.3.4. Islak Zeminler İçin Güvenlik Listesi

- Banyo düzeni yaşlıların kaymalarını, çarpmalarını önleyecek biçimde olmalıdır.
- Küvet, duş ve gereken yerlerde tutunmayı sağlayacak tutamaklar konulmalıdır.
- Kaymayan terlikler kullanılmalıdır.
- Yerler ıslak bırakılmamalıdır.
- Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman fişleri prizden çıkarılmalı, kabloları ortalıkta olmamalıdır.
- Elektrikli aletler kullanılmadığı zaman ıslak alanlardan uzak tutulmalıdır.
- Telefon prizi bulunmalıdır.
- Kolay ayarlanabilir musluk kullanılmalıdır.
- Kullanılan fayanslar kaymayan ve paspas tutucu özellikte olmalıdır.
- Parlak olmayan ışık tercih edilmeli, lamba anahtarı kapının yanında olmalıdır.
- Banyo kapısı dışa açılır olmalıdır.
- Havalandırma sistemi ve sıcak kaynağı (kazan/ soba) güvenliği olmalıdır.
- Tuvalet, duş, banyo küveti yakınında duvarda yatay ekseninde iyi sabitlenmiş tutunma kolu olmalıdır.

Klozetlerde olduğu gibi duş alma yerlerinde de destek ve tutma kolları kullanılabilir. Hem oturarak hem de ayakta yıkanma pozisyonları için tutma kolları gerekli duvarlara yerinden çıkmayacak şekilde monte edilmelidir. Tutunma kollarının çapı 4-5 cm olmalı ve zeminden 90-100 cm yükseklikte yerleştirilmelidir.

#### Yatak Odası

Yatak odasının düzenlenmesi yaşlı kişinin yaşamını kolaylaştıracak şekilde olmalıdır. Yatak odası, banyo ve tuvalet birbirine yakın planlanmalı, özellikle yatak ile tuvalet arasındaki alanda dolaşımın engellenmesine neden olacak eşyalar bulundurulmamalıdır. Yatak odasındaki sandalye oturma odasında olanla aynı özelliklerde, sağlam (sallanmayan) ve ayağa kalkmak için gerekli yardımı sağlayacak şekilde sert kolçaklı olmalıdır. Yaşlıların kalkması zor olacağı için alçak ve derin oturaklı sandalyelerden kaçınılmalıdır.

### 4.3.5.Yatak Odası İçin Güvenlik Listesi

- Yatak odasından banyo/ tuvalete giden koridora gece lambası kullanılmalıdır.
- Yatak etrafında bol miktarda yürüyüş yolu bırakılmalıdır.
- Telefon, bardak, ilaçlar gibi önemli maddeleri koyabilecek küçük sabit masa/ komedin olmalıdır.
- Giyinirken oturabilecek kollukları olan sağlam bir sandalye bulundurulmalıdır.
- Duvardan- duvara, düzdün serilmiş halı tercih edilmelidir.
- Telefon prizi bulunmalıdır.
- Sık kullanılan giysi ve eşyalar ulaşılabilir yerlerde bulunmalı, tabure/ sandalye üzerine çıkmadan kolaylıkla ulaşılabilir.
- Isıtıcı, elektrikli battaniye vb. açıkken uyumamalıdır.

Yaşlıların uykuya dalmadan önce yatak üzerinde kitap, gazete, dergi vb. okudukları düşünülerek yatak kenarlarında bulunan komodinlerin üzerinde tercihen dokunmatik olarak yanıp sönen birer okuma lambası bulunmalıdır. Gerekirse yatak odasına bir duvar rafı yapılarak kitapların depolanması sağlanabilir. Yataktan ulaşılabilir şekilde yerleştirilmiş bir telefon bulunması ve telefon konuşma sesini dışarıya verebilir özellikli olması yaşlıların işini kolaylaştıracaktır. Elbise dolaplarının kapaklarında, C şekilli kavraması kolay kulpları kullanılması ve kapakların açılmasıyla otomatik yanan lambalar yaşlıların yatak odasındaki rahatlığını artıracaktır.

### 4.4.Sonuç ve Öneriler

Yaşlılarda kazalara sıklıkla rastlanmaktadır. Kazaların büyük bir bölümünü ev kazalarının oluşturmaktadır. Ev kazalarında bireylerin rolü olduğu kadar yaşanan mekânın ve mobilyalarında etkisi vardır. Tasarımcıların görevi bu etkileri en aza indirmek suretiyle bireylerin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik katkı sağlamaktır.

Konut mekânı içinde en riskli bölgeler ıslak hacimler olarak görülmesine karşın en fazla kazanın oturma odalarında meydana gelmesinin nedeni bu odaya gereksiz yere yerleştirilen mobilyalar olabilir. Özellikle günlük aktivitelerin çoğunluğunun geçtiği bu mekânda kalabalık yaratacak düzenlemelerden kaçınılmalıdır. Unutulmamalıdır ki yaşlanmayla beraber denge, görme ve duyma yetileri azalmaktadır.

Genel olarak mobilya seçiminde köşeli mobilyalar yerine çocuk odalarında olduğu gibi yuvarlak hatlı mobilyalar tercih edilmeli, oturma kalkma eyleminin olduğu tüm alanlarda tutunma kollarına uygun yerler bulunmalıdır. Her mekân ve orada yapılan eylemler incelenerek bireylere dönük daha etkili tasarımlar gerçekleştirilebilir.

Yaşlılar için konutun yaşanılır hale getirilmesinde unutulmaması gereken bir başka tasarım elemanı renklerdir. Ruh halleri ne olursa olsun farkında olunsun ya da olunmasın mekân içerisinde kullanılan renklerin yaşlılar üzerinde etkileri vardır. Gün batımında oluşan turuncu-sarı tonlu sıcak renklerin mekân içerisinde kullanımı yaşlıları rahatlamasını sağlayabilir.

Ev kazaları açısından riskli grupların bilinmesi, bu grupların güvenlik listeleri ile bilgilendirilmesi, ev koşullarının kazayı önlemeye yönelik düzenlenmesi ve kaza görülme sıklığını azaltacağı bildirilmektedir.

## **Uygulamalar**

## **Uygulama Soruları**

## **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Ev ortamında günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini düzenleyen ergonomi uygulamaları önemlidir. Ergonomik uygulamaların amacı, çevre ile yaşlılar arasında ilişkiyi sağlamaktır. Yaşlı bireylerdeki bozulmalara bağlı olarak çevresel faktörlerle ilişkili tehlikeleri ortaya koymak ve düzenlemeler yapmaktır. Güvenlik listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir.



## Bölüm Soruları

1) Dünya Sağlık Örgütü' nün tahminlerine göre, doğumda yaşam beklentisi 2025 yılında.....olarak belirtilmektedir.

- a) 55
- b) 65
- c) 75
- d) 85
- e) 95

2) Yapılan bir araştırmada Sağlık ocaklarına başvuran yaşlılar arasında son bir yıl içinde geçirilen kazaların % .....'ının ev kazaları olduğu belirtilmektedir.

- a) 10
- b) 20
- c) 30
- d) 40
- e) 50

3) Yapılan bir çalışmaya göre düşme nedenli kırıkların %.....'inin evde gerçekleştiği saptanmıştır.

- a) 65
- b) 75
- c) 85
- d) 95
- e) 100

4) ..... olduğu evlerde genel olarak mobilya seçiminde köşeli mobilyalar yerine çocuk odalarında olduğu gibi yuvarlak hatlı mobilyalar tercih edilmelidir.

- a) Yaşlıların
- b) Gençlerin
- c) Ergenlerin
- d) Kızların

e) Erkeklerin

5) Yaşlıların yaşadığı evlerde oturma kalkma eyleminin olduğu tüm alanlarda  
..... bulunmalıdır.

a) Işıklı uyarılar

b) Sesli uyarılar

c) Görsel uyarılar

d) İzli uyarılar

e) Tutunma kolları

**Cevaplar: 1)c 2)d 3)c 4)a 5)e**

**5. YAŞLILARLA İLGİLİ DEMOGRAFİK VERİLER VE SAĞLIK  
HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DURUMLARI**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 5.1.** Yaşlılığın Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçütler
- 5.2.** Dünyada Yaşlı Nüfus

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılarla ilgili demografik veriler	Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları

## **Giriş**

Nüfusların yaşlanması, demografik geçiş sürecinin bir sonucudur. Yüksek ölümlülük ve ardından yüksek doğurganlık düzeyinde meydana gelen azalmaya paralel olarak yaşam süreleri de uzamıştır.



### **5.1.1.Demografik Ölçütler**

- Doğuşta beklenen yaşam süresi
- 45 yaş üzerinde beklenen yaşam süresi
- 65 yaş üzerinde beklenen yaşam süresi
- 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı
- 85 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı
- Nüfusun ortalama ve ortanca yaşı
- 65 yaş ve üzeri nüfusun 5 yaş altı nüfusa oranı
- Yaşlılar için bağımlı nüfus oranı
- Yaşlılık indeksi
- Ebeveyn destek oranı

### **5.1.2.Mortalite ile İlgili Ölçütler**

- Kaba ölüm hızı-65 yaş üzeri nüfusta ölüm hızı
- Bütün ölümler içerisindeki 65 yaş ve üzeri ölümlerinin payı
- 65 yaş ve üzeri nüfusta ölüm nedenleri

### **5.1.3.Morbidite ile İlgili Ölçütler**

- 65 yaş ve üzeri grupta kronik yeti yitimi prevalansı
- 65 yaş ve üzeri nüfusta belirli hastalıkların prevalansları

### **5.1.4.Hastalık Yükü Ölçütleri**

- Yaşam Yılı Kaybı
- Yeti yitimine bağılı yaşam yılı kayıpları
- Yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları
- Doğumda sağlıklı yaşam yılı beklentisi

Türkiye dünyadaki birçok ülkedeki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk sayımda 13,6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici politikaların etkisiyle 1960 yılına

gelindiğinde iki katına çıkarak 27,7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise 6 çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir.

Kırdan kente göç hareketlerinin 1950’li yıllarda başlaması ve son 30 yılda hız kazanması, ana-çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artması, kadının çalışma hayatına katılımı ile özellikle de 1980’lerden sonra doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve bunun sonucu olarak toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2,16 çocuğa gerilemiştir. Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940’lı yıllarda erkekler 30 yaşına, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71’e, kadınlar için ise 76’ya çıkmıştır.

Yaşlılığın standart bir tanımı olmamakla beraber fizyolojik, biyolojik, ekonomik veya sosyolojik olmak üzere pek çok alanda tanımı bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Farklı yaş kriterlerinin kullanımı da söz konudur. Örneğin, Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır.

Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır. Yaşlı nüfus kendi içerisinde de alt gruplara ayrılmıştır. 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 74-84 yaş grubu “yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu “en yaşlı yaşlı” olarak tanımlanmaktadır.

Doğurganlık ve ölümlülük düzeyindeki gelişmelere bağlı olarak Türkiye’de 1970’lerden itibaren 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmıştır. Bu grubun toplam nüfus içindeki payı 1940 yılında yüzde 3,5 iken, 1970 yılında yüzde 4,4’e, 2010 yılında ise yüzde 7,2’ye çıkmıştır. Yaşlı nüfusun alt sınıflamalarına göre baktığımızda genç yaşlı olarak tanımlanan 65-74 yaş grubundaki nüfus 1940’ta yüzde 2,4 iken 2010 yılına gelindiğinde ise neredeyse iki katına çıkmıştır (yüzde 4,4). 65-74 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı ise son yarım yüzyılda yüzde 0,9’dan yüzde 2,4’e ulaşmıştır. En yaşlı yaşlı grup olan 85 yaş ve üstü nüfus oranı son 60 yılda çok fazla değişmemiş ve yüzde 0,3 ila yüzde 0,4 arasında kalmıştır. Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı bağımlılık oranları da yıllar itibariyle artış göstermiştir. Bu oran, 1940 yılında 6,5’ten 1970’te yüzde 8,2’ye yükselmiş ve günümüzde 10,8 olmuştur. Ülkemizde 2010 yılı itibariyle 5 milyondan fazla yaşlı (65 yaş ve üstü) bulunmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde ise nüfus büyüklüğünün 85 milyona ulaşacağı ve yaşlı nüfusun da 8,4 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu verilere göre, 2025’te nüfusun yüzde 10’u 65 yaş ve üzerinde olacak, yaşlı bağımlılık oranı ise yüzde 14,5’e yükselecektir.

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirecektir. Günümüzde yaşlıların bakımından esas olarak sorumlu olan kişiler kadınlar veya kız çocuklarıdır.

Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim kurumlarında daha uzun süre kalmaları, çalışma hayatına dâhil olmaya başlamalarıyla

kurumsal bakım ihtiyacı da artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan grubun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Devletin, ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir. Ancak, Türkiye de dâhil olmak üzere bu ülkeler, doğurganlığın hızla azalmasıyla yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır.

Nüfusların yaşlanması, demografik geçiş sürecinin bir sonucudur. Yüksek ölümlülük ve ardından yüksek doğurganlık düzeyinde meydana gelen azalmaya paralel olarak yaşam süreleri de uzamıştır. Ayrıca, nüfusların yaş yapılarında da değişiklikler olmuş ve genç yaş gruplarından ileri yaş gruplarına doğru bir geçiş yaşanmaya başlanmıştır. Doğurganlıktaki düşüşün yaşlı nüfusun artmasındaki en temel belirleyici olduğu söylenebilir. Son yarım yüzyılda, toplam doğurganlık hızı dünya genelinde neredeyse yarı yarıya azalmış; 5 çocuktan 2,7 çocuca gerilemiştir. Gelecek yüzyıl içerisinde dünyada toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyi olan 2,1 çocuk olacağı tahmin edilmektedir. Doğurganlığın düşmesi de genç nüfusun azalması anlamına gelmektedir.

Ölümlülük düzeyindeki değişimler de yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğünün belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Genel ölümlülük ve özellikle çocukluk dönemi ölümlülük düzeyindeki iyileşmeler, daha fazla insanın daha uzun süre hayatta kalacağı ve dolayısıyla da doğuştan beklenen yaşam süresinin de uzayacağı anlamına gelmektedir. İkinci Dünya savaşı sonrası dönemde dünya genelinde insanlar doğumdan itibaren en fazla 46 yıl yaşarken, günümüzde bu süre 67 yıla çıkmıştır ve 2045-2050 yılları arasında 75 yıla çıkacağı öngörülmektedir.

Her ne kadar gelişmekte olan ülkelerde doğuştan beklenen yaşam süresinde dalgalanmalar olsa da pek çok ülkede bu süre artmaya devam etmektedir. Bu da yaşlı olarak tanımlanan grubun giderek büyüyeceği anlamına gelmektedir.

Günümüzde dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunmakta ve yarısından fazlası ise gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı ve bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in (TNSA-2008) veri seti kullanılarak yapılan analizlerde toplam nüfusun yüzde 6,8'ini 65 ve üzeri nüfusun oluşturduğu tespit edilmiştir. Yaşlı nüfusun alt gruplardaki dağılımına göre bakıldığında ise yüzde 4,1'i 65-74 yaş grubunda, yüzde 2,2'si 75-84 yaş grubunda ve yüzde 0,4'ü 85 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Bu bulgular, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nin (ADNKS) 2008 yılına ait veri setinden elde edilen sonuçlarla da örtüşmektedir.

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

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

Yaşlıların yüzde 62’sinin araştırma tarihinde evli olduğu görülmüştür. Yüzde 36’sının ise eşleri ölmüştür.

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

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

Her 4 yaşlıdan birinin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır.

Yaşlıların büyük bir kısmı (%44), özellikle de çok ileri yaşlı grubundakilerin yarısından fazlası (%57) çocuklarıyla aynı evi paylaşmaktadır. Türkiye’de her ne kadar hane

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

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

Bunlar ile kıyaslandığında evin dışında yapılan faaliyetleri zorlanmadan yapabilen yaşlıların yüzdesi belirgin olarak azalmıştır ve yaşlıların yüzde 15'inden fazlası için alışveriş yapmak, banka/hastaneye gitmek veya şehir dışına seyahat etmek mümkün görünmemektedir. Yaşa göre bakıldığında ise 75-84 yaş grubundakilerin dörtte biri, 85 yaş ve üzeri nüfusun ise yarısından fazlası için bu aktiviteleri gerçekleştirmek imkânsız hale gelmiştir.

Bunlara ek olarak günlük ev işleri ve yemek pişirme konusunda zorlanan veya bu faaliyetleri yerine getirmesi imkânsız olan yaşlıların yüzdesi de azımsanamayacak ölçüdedir. Yaşlıların ekonomik bağımlılığının yanı sıra yaşları ilerledikçe günlük hayattaki aktiviteleri yerine getirme konusunda da daha bağımlı hale geldikleri görülmektedir. Dolayısıyla, yaşlılar için evde bakım hizmetlerinin önemi giderek ön plana çıkmaktadır. Bunun için yerel yönetimlere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

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

Türkiye'de günümüzde 5 milyondan fazla yaşlı bulunmaktadır. Doğurganlıktaki düşüşün azalmaya devam etmesi ve yaşam beklentisinin sürekli bir biçimde artış göstermesi, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki sayısal büyüklüğünün de kademeli olarak artacağı anlamına gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre 2025 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun 8,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Günümüzde yaşlıların bakımından özellikle de çok ileri yaşlı grubunda bulunan yaşlılar için çocuklar esas olarak sorumlu olmaktadır. Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların eğitim sürelerinin uzaması, çalışma hayatına dâhil olmaya başlamalarıyla kurumsal bakım ihtiyacı da artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan 15-64 yaş grubunun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Bir başka deyişle yaşlıların gelir seviyelerinin düşmesi ve onların fakirleşmesi olarak kendisini gösterecektir. Devletin,

ekonomik açıdan bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale getirilmeleri için nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapması gerekecektir. Bunlara ek olarak, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık ve bakım harcamaları da artacaktır. Dolayısıyla birincil hedef yaşlı nüfusun daha uzun süre sağlıklı bir biçimde yaşamasını temin etmek olmalıdır. Bununla paralel olarak yaşlıların aile hekimlerinin rutin izleme programı kapsamına alınması, yaşlıların daha uzun süre bakım alabilecekleri sosyal tesislerin kurulması, hastanelerden kolay hizmet alabilecekleri düzenlemelerin yapılması amacıyla 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Herkes Sağlık-Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri (Hedef 7)” doğrultusunda “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı’nın” geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir. Ancak toplumun henüz yaşlılık döneminin özellikleri ve sorunlarına ilişkin bilgi düzeyi tam değildir ve yaşlı nüfusun sosyal hizmet, sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin ekonomik ve sosyal sorunlar Türkiye’nin yakın bir gelecekte karşılaşacağı en temel sorunlar olacaktır.

Bu kapsamda yaşlı nüfusun kurumsal bakım gereksinimlerinin karşılanması için de gerekli tedbirlerin alınması, sağlık güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

## **5.2.Dünyada Yaşlı Nüfus**

Yaşlı nüfus oranı gelişmiş ülkelerde fazlayken, yaşlı nüfus artış oranı gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır.1950-55 yıllarında 60 yaş ve üstü nüfusun artış oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde %1,8 iken, bu oran zamanla gelişmiş ülkelerde azalmış ve %0,9’a gerilemiş, gelişmekte olan ülkelerde ise artmış ve %2,5’a çıkmıştır. Günümüzde Yunanistan ve İtalya yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülkelerin başında gelmektedir. Önümüzdeki 25 yıl içinde ise 60 yaş ve üzeri nüfusa bakıldığında, birçok düşük sosyoekonomik düzeyli ülkenin yüksek sosyoekonomik düzeyli ülkeyle yer değiştireceği görülmektedir. 2025 yılında 5 düşük sosyoekonomik düzeyli ülke dünyadaki en büyük yaşlı oranına sahip 10 ülke içinde yer alacaktır. Bunlar Çin (287 milyon),Hindistan (168 milyon), Endonezya (35 milyon), Brezilya (33 milyon) ve Pakistan (18 milyon)’dır. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve ölümlülüğün azalması yaşlı nüfusun artışına neden olmakla beraber, yaşlı nüfusun kendi içinde değişen yaş grubunu da etkilemektedir. Dünyada insanların 3/4’ünün şu andaki ölüm oranlarına göre 60 yaşına kadar yaşadığı, 1/3’ünün de 80 yaşına kadar yaşadığı bilinmektedir. Dünyada 80 ve üzeri yaştaki nüfus şu andaki toplam nüfusun o/o 1’ini oluşturmaktadır. 50 yıl sonrasında ise her 8 insandan 7’si 60 yaşına kadar, bu oranın yarısından fazlası da 80 yaşına kadar hayatta kalacaktır.

Çocuklukta ve doğurganlık çağlarında kadın ölümlerinin yüksek olduğu ülkeler ve beklenen yaşam süresinin kısa olduğu ülkeler dışında, yaşlı nüfusun büyük bir çoğunluğu kadındır. 2000 yılında, kadınların doğumda beklenen yaşam süresi 30 ülkede 80 yaş üzerinde ve birçoğunda da bu eşiğe yaklaşmaktadır.

## Uygulamalar

## **Uygulama Soruları**



### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Günümüzde dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunmakta ve yarısından fazlası ise gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı ve bunun 700 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir.

## Bölüm Soruları

- 1) Türkiye’de günümüzde .....milyondan fazla yaşlı bulunmaktadır.
- a) 7
  - b) 6
  - c) 5
  - d) 4
  - e) 3
- 2) Nüfus projeksiyonlarına göre 2025 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun ..... milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.
- a) 9.5
  - b) 8.5
  - c) 7.5
  - d) 6.5
  - e) 5.5
- 3) ..... yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı’nın” geliştirilmesi ve uygulanması hedeflenmiştir.
- a) 2002
  - b) 2003
  - c) 2004
  - d) 2005
  - e) 2006
- 4) Yaşlıların büyük bir kısmı (%.....), özellikle de çok ileri yaşlı grubundakilerin (%.....) çocuklarıyla aynı evi paylaşmaktadır.
- a) 60-70
  - b) 40-60
  - c) 35-67
  - d) 44-57

e) 56-78

5) Her ..... yaşlıdan birinin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır.

a) 7

b) 6

c) 5

d) 4

e) 3

**Cevaplar:** 1)c 2)b 3)a 4)d 5)d



**6. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA YAŞLILARA VERİLEN SAĞLIK  
HİZMETLERİ**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 6.1.** Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlılara Verilen Hizmetler
- 6.2.** Dünya’da Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılara verilen sağlık hizmetleri	Dünyadaki ve Türkiye'deki durum	



**Anahtar Kavramlar**  
Türkiye’de ve Dünyada yaşlı hizmetleri

## **Giriş**

Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetler iki alanda yürütülmektedir. Bunlar sosyal güvenlik sistemi ve sosyal hizmet programlarıdır.

### **6.1.1.Kurumsal Bakım (dünü - bugünü)**

Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetler iki alanda yürütülmektedir. Bunlar sosyal güvenlik sistemi ve sosyal hizmet programlarıdır. Sosyal hizmet ve sosyal sigorta konulan bir sosyal güvenlik sistemi içinde düşünülmelidir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında bunun gerekli olduğu vurgulanmıştır. Sosyal hizmetin çeşitli gönüllü kuruluşlarla ve kamu kuruluşları tarafından dağınık ve programsız yürütülmesi karşısında verilen hizmetlerin bir şemsiye altına alınması amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu çıkarılmıştır.

Türkiye’de yaşlılara götürülen çeşitli hizmetler uygulama alanında bulunmaktadır. Yaşlıya yöneltilen belli başlı hizmetler, sosyal güvenlik uygulamaları, kurumsal bakım ve sosyal yardım uygulamalarıdır.

### **6.1.2.Tarihsel Gelişim**

Türklerde sosyal yardımla ilgili inanç ve geleneklerin öteden beri var olduğu anlaşılmaktadır. Öteden beri ataya saygı duyulmuş, yaşlılar korunmuştur. Tanrı adına yoksullara yardım etme çıplakları giydirme, açları doyurma inancına İslamiyet öncesi Türk destanlarında rastlanmaktadır. Eski Türklerde Bey olmanın şartları arasında çıplakları giydirme, açları doyurma vardı.

Türkler İslamiyet kabul etmelerinden sonra da dinsel inancın gereği olarak muhtaç ve güçsüzlere yardım etmişlerdir. Fitre ve zekâtın diğer gruplarla birlikte öncelikle yaşlılara verilmesi bu yardımları daha anlamlı kılmıştır. Kur’an’da yaşlıya, sakata yardımla ilgili ayetler vardır.

Yaşlılara verilen hizmetlerin tarihi incelendiğinde, yardım biçimlerinin toplumların toplumsal ve kültürel yapılarına ve inançlarına göre kalıplaştığı görülmektedir. Eski dönemlerde yaşlılar inançlara, geleneklere dayalı ve toplumdan kaynaklanan destek yardımlarla korunmaktaydı. Türk toplumunda her dönemde yaşlılara yardım edildiği, yaşlıların korunmaya alındıkları eski kurumların varlıklarından anlaşılmaktadır.

Yaşlıları koruma hizmetini veren ilk kurum Selçuklular döneminde 11. yüzyılda kurulmuştur. Sivas’ta 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından Darülreha (Huzurevi), Mısır’da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze, dullar için barınma tesisi bulunduğu saptanmıştır. Memlûklular döneminde 13. yüzyılda Kahire’de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir.

Osmanlılar döneminde imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Kurulan darülrhalar, yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getiriyorlardı. Bilindiği gibi Osmanlılar döneminde sosyal hizmetler 19. yüz yıla kadar vakıf kuruluşları tarafından veriliyordu. Bu alanda hizmet veren kamu kuruluşları ve hayır kurumları 19. yüzyılda kurulmaya başlanmıştır. Bu kuruluşlar

diğer ihtiyaç gruplarının yanında yaşlılara da hizmet götürüyorlardı. Bunların arasında yer alan 1868 yılında kurulmuş olan Kızılay Derneği ve 1895 yılında kurulmuş olan Darülaceze Osmanlılar döneminde kurulup günümüze kadar yaşayan kurumlardır. Darülaceze önce, sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için Abdülhamid II devrinde hizmete girmiştir. Bugün İstanbul Belediyesine bağlı, döner sermaye ile yönetilen bir kurumdur. Amacı din ve ırk ayrımı gözetmeden, düşkünleri barındırmak, çalıştırmak, ümitsizlikten kurtarmak, rahat bir yaşam sağlamaktır.

### **6.1.3.Günümüzde Durum**

Günümüzde Türkiye’de yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çeşitli uygulamaların yanı sıra bakıma muhtaç yaşlıların korunması, tedavisi ve rehabilitasyonu, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla kurulmuş hizmet veren kurumlar vardır.

Cumhuriyet döneminde yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930 yılında ıkarılan Belediyeler Kanunu ile belediyelere verilmiştir. Belediyeler düşkünlere ve yaşlılara yaptıkları diğer yardımların yanı sıra onu barındıracak huzurevleri amaya başlamışlardır.

1963 yılında çıkarılan kanun ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Sağlık ve Sosyal Bakanlığı’na bağlanmıştır. Bu tarihten itibaren yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devlet üstlenmiştir. 1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurum Kanunu kabul edilmiştir: Bu kanunla kurum yaşlı refahı ile ilgili tüm görevleri üstlenmiş ve buna bağlı yeni bir idari yapı kurulmuştur.

Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Kanununun amacı korunmaya, bakıma ya da yardıma muhtaç aile, ocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetler ve bu faaliyetlerin düzenlenmesidir. Aynı kanunda yaşlıların barınıp korundukları huzurevleri için şöyle bir tanım yapılmıştır: Muhtaç yaşlı kimseleri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşlardır. Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Kanununun ngrdğ genel esaslar doğrultusunda yaşlı hizmetleri tüm ülke çapında yeniden gözden geçirilerek mevcut hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılmasıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların başında huzurevleri açmak gelmektedir: Huzurevleri açma politikasında sosyal ekonomik ve kültürel yapı dikkate alınarak bu kuruluşların büyük kentlerde yatırım programlarına konmasına çalışılmakta, kamu ve özel kesim teşvik edilip kendilerine rehberlik yapılmaktadır.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın 1989 yılı programında yaşlı bakımında yaşlıyı evinde, aile ortamında maddi ve manevi desteklemek temel ilke olarak benimsenmiştir. Yaşlı nüfus ve bu nüfusun değişen toplum yapısı içindeki sorunları ve ihtiyaçları artma eğilimi göstermektedir. Milletlerarası göstergelere göre yaşlı nüfusun en az yüzde 3,0’nn korunmaya ve bakıma muhtaç olduğu dikkate alındığında 1988 yılında 60 ve daha yukarı yaş grubundan yüz dokuz bin yaşlının acil ve uzun dönemli bakım hizmetlerinden yararlandırılması gereği

ortaya çıkmaktadır. Bu durumda, bakıma muhtaç yaşlıların yüzde 6,5'una hizmetin ulaşabildiği görülmektedir. Bu alandaki temel ilke, yaşlıyı aile ortamında ve kendi evinde maddi ve manevi desteklemektir. Yatağa bağımlı yaşlılar için mevcut huzurevlerinin bir bölümünün tahsisi ailelerin yükünü hafifletecek, sağlık tesislerinin yatak işgal oranları düşecektir.

Huzur evleri sosyal ve ekonomik bakımdan yoksulluk içinde bulunan devamlı yatarak tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olmayan, beden fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılamasına engel olacak arızası, sakatlığı ve bir hastalığı bulunmayan, koruma ve bakıma muhtaç yaşlıların bir ev ortamı içinde bakılı korunması ve her türlü ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla açılmaktadır.

SHÇEK Yaşlı Hizmetleri Dairesi'nin huzurevlerinde kalan yaşlıların yaş eğitime gelir durumlarıyla ilgili 1992 yılı Aralık ayında yaptığı inceleme huzurevlerinde kalanlarla ilgili bir kesit vermektedir. Huzurevlerinde erkek yaşlılar kadın yaşlılardan daha fazladır. Yaşlıların yarısından çoğu ücretli bakılmaktadır. Üç büyük ilde, Ankara İstanbul, İzmir bulunan huzurevlerinde kalan yaşlıların çoğu kurum hizmetlerinden ücretli yararlanmaktadır. Ücretsiz kalan yaşlılardan ihtiyaç belirtenlere Huzurevleri yönetmeliğinin 41. maddesi gereğince memur maaş katsayısının 60 gösterge rakamı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar kadar aylık harçlık verilmektedir. Huzurevlerinde kalan yaşlıların yarısına yakını okur-yazar değildir. Huzurevlerinde kalan yaşlılarda yüksek okul bitirmiş olanların oranı çok düşüktür. Kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı erkeklerden daha fazladır. Huzurevlerinde ücretli kalan yaşlıların gelir kaynağı sosyal güvenlik kuruluşlarından aldıkları aylıklar oluşturmaktadır. Halen mevcut olan kurum hizmetlerinin yanı sıra yaşlıların toplumla iç içe ve kendi ailelerinin yanında bakımlarının sağlanması açısından yeni hizmet modelleri geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Yaşlıya evinde hizmet vermek amacıyla SHÇEK 1994 yılında bakacak kimsesi olmayan yaşlılara kendi evlerinde eğitimli yardımcılarla bakma olanağını sağlayan bir projeyi uygulamaya koymuştur. İl Sosyal Hizmet Müdürlüğü tarafından yürütülen ve henüz sadece Ankara, İstanbul, İzmir'de uygulanan bu projenin yaygınlaştırılması öngörülmektedir.

Yaşlılık hizmetleri için de yaşlının eğitimi önemli bir konudur. Çağımızın yaşlı insanı için yaşlılığa uyum ve sosyal katılımı sağlama açısından sistemli serbest zaman etkinlikleri yapılmaktadır. Ayrıca kişisel ve toplumsal olarak yaşlılar yaşam içinde kendilerini pasif ve yeteneklerini yitirmiş görme eğilimindedirler. Bu ruhsal inancın kaldırılmasında sosyal güvenlik, tıbbi bakım ve gözetim sistemleri tek başına yeterli olamamaktadır. Bu sebeple soruna çözüm getirebilecek yolun eğitim olduğu kanısına varılmıştır. Yanı sıra yaşlıları toplumsal etkinliklere katılmaya alıştırmaların onlara yaşama uyum sağlama olanağı vereceği görüşü, güç kazanmıştır. Yaşlıların yetenek ve el alışkanlıklarını geliştirmek, böylece onları toplumsal yaşamlarında üretici duruma getirmekle mümkün olacaktır.

Yaşlı eğitimi açısından ülkemizde neler yapılabilir sorusuna ülke şartları göz önüne alınarak bazı öneriler getirilebilir.

Yaşlı eğitiminde, okuma öğretimi, serbest zamanı yaratıcı amaçlarla kullanılma, emekliliğe hazırlanma, mesleki ve teknolojik uyum sağlama amaçlarıyla eğitilmenin özel bir önemi vardır.

- Yetişkin eğitimi ömür boyu eğitimi çerçevesinde yaygınlaştırılmalıdır. Eğitim, yaşlanma ve yaşlılara ilişkin her politikanın temel yönü olmalı ve yaşlılık sorunu ile birlikte ele alınmalıdır.
- Yaşlıların yerine getirecekleri görevlere uygun öğretim ve eğitimi görmüş olmaları üretici ve örnek işlevlerinin ötesinde gençlere öğretme yeteneklerini geliştirme açısından özel bir önem taşımaktadır.
- Açık öğretim hizmeti veren üniversite ya da yükseköğretim kurumlarından bazıları yaşlı eğitime yönelik programlar çerçevesinde kuramsal ve uygulamalı bilgilendirme yapabilirler.

## **6.2.Dünya’da Yaşlılara Verilen Sağlık Hizmetleri**

Gelişmiş ülkelerde yaşlılar arasında kendi tercihiyle yalnız yaşama oranı son zamanlarda artmıştır. İngiltere’de yaşlı erkeklerin üçte biri tek başına yaşamaktadır. Avustralya, ABD, Batı Avrupa ve bütün endüstrileşmiş ülkelerde yaşlı bireylerin çocuklarından ayrı, kendi evlerinde yaşama eğilimi açık bir şekilde görülmektedir: Avustralya’da 65 yaş üzerindeki erkeklerin %13’ü, kadınların %29’u yalnız yaşıyorlar. Sydney’de 8 km. içinde en az bir çocuğu olan yaşlıların %40’ı yalnız yaşamaktadırlar.

Kanada’da her 10 evden üçünde en az bir yaşlı yaşamaktadır ve bunların %39 unda da bir evde en az iki yaşlı bulunmaktadır. Sosyo-kültürel değişimler aile yapısında, yaşam tarzında önemli değişimlere yol açmıştır. Kentleşme ve endüstrileşme süreçleri aile kurumunu büyük boyutlarda etkilediğinden aile yapısı değişmekte, aile küçülmekte, kadın ev dışında iş yaşamına katılmakta, dolayısıyla ailenin yaşlı üyesine sağladığı maddi ve manevi güvence büyük kayba uğramakta ve ailenin bu fonksiyonu giderek korumaya dönüşmektedir. Bu değişimler sonucu, yaşlı çocuklarının evinde yaşar duruma gelmiş, çocuklarını kendi evinde barındırma konumundan uzaklaşmışsa buna bağlı olarak aile içinde karar almada yaşlı bireyin gücü azalmaktadır. Psikolojik alanda da yaşlılık önemli sorunları beraberinde getirmektedir. Yeni durumlara uyumu zorlaşan, zihinsel işlevleri yavaşlayan, günlük yaşamını sürdürmek için bağımlı olmak zorunda kalan yaşlılar üretkenlik dönemini geride bırakmışlardır. Yetersizlik ve işe yaramazlık duygularını ortaya çıkaran bu durum yaşlıları çeşitli psikiyatrik sorunlara doğru itmektedir. Yaşlılığa emeklilik kavramıyla yaklaştığımız zaman bireyin bu deneyimi topluma aktif olarak katılmasının ya tamamen bittiği ya da büyük ölçüde azaldığı dönem olarak değerlendirdiği görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada 200 emekli insanın %43’ünde emeklilik sonrasında ruhsal bozukluk görülmüştür. Emeklilik işten çekilme pasiflik anlamlandırması ile strese yol açabilir. Ayrıca günlük rutinlerin değişmesi, amaç ve sosyal çevre kaybı, gelirden düşme sorunlar yaratır. Emekli olmadan emeklilikte yapacaklarını planlamış bireyler doğal olarak emekliliğe daha iyi uyum yapmaktadırlar. Hazır olunmadan emekli olan erkek nüfusunda depresyon ve alkolizm görülme oranı yüksektir. Yaşlı bireylerin

ekonomik durumlarında iyileştirme yeni bir olgudur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde emekli aylığı yaşlı bireylerin temel geçim kaynakları anlamındadır. Malta'da 1982 yılında 60 yaş ve üzerindeki bireylerin %55'i ekonomik olarak devlet tarafından ödenen maaşa bağımlıydılar ve %77'si için bu gereksinimlerini karşılamak için yeterliydi. Yaşlıların yalnızca %9'u ailesinden maddi destek almaktaydı. Emeklilikten sonra görülen gelir kaybının telafisi, Kanada'da 60-69 yaş grubu erkeklerin oranı %28,9, kadınların oranı ise %48,6'dır. Yaşlıların bir diğer gelir kaynağı kişisel birikimleridir. Yaşlılar gençlerden daha az borca girerler, daha az para harcar, daha fazla biriktirme çabası gösterirler. Yaşlılar için bir diğer gelir kaynağı muhtaç yaşlılara verilen sosyal yardımdır. Macaristan'da yaşlıların yarısını oluşturan dul yaşlılara muhtaçlık yardımı verilmektedir. Fransa'da ödenen muhtaçlık yardımı miktarı yaşlının yalnız ya da eşiyle yaşama durumuna göre değişiklik göstermektedir.

Bütün ülkelerde kadınların emeklilik gelirleri erkeklerden daha düşüktür. Pek çok ülkede kadınlar erkeklerden 5 yıl önce emekli olmaktadır. Çalışma yaşamlarında kadınların aldıkları ücret erkeklerin aldığından düşüktür ve tüm dünyada dul kadın oranı yüksektir.

Beden imajındaki değişme, hijyen problemleri (örneğin inkontinans), fonksiyonel ve ekonomik kayıplar izolasyona neden olabilir. Yaşlanmayla ölümünü gözleme ölüme yaklaşmayı beraberinde getirir. Yaşlı bireylerin çoğu ölmeye hazır değildir. Yaşlılık hizmetlerinin yapılandırılabilmesi için bazı verilere gereksinim vardır. Bu verilerden nüfus bilgileri, ölüm kayıtları kolay elde edilebilir verilerdir.

Yaşlıların sağlık ve sosyal durumları birbirlerini etkileyen yönleriyle belirleyen araştırmalar yok denecek kadar azdır. Yaşlılarla ilgili Ülkemizdeki veriler, yaşlıların hizmet gereksinimlerini ortaya koyacak bir profil çizmemekle birlikte genel bir fikir vermektedir; Yaşlılara verilen hizmetler o toplumda yaşlının yeri ve değerini belirleyici kültürel dinsel özelliklerinden, kentleşme sürecinin getirdiği aile yapısı ve rollerindeki değişmeden etkilenmektedir. Bu nedenle her toplum için kendi sosyo ekonomik kültürel yapısı içinde oluşan sorunların çözümünde, bu özellikleri içeren yaklaşımlar kadar dünya standartlarını yansıtan ortak yaklaşımları da kullanmalıdır.

Yaşlıların gereksinimlerinin farklılığı, hizmetlerin yapılanmasında farklılığı da paralelinde getirmektedir. Bu nedenle geriatri ayrı bir bilim dalı olarak kabul edilir hale gelmektedir. Ancak her ülkede geriatrik hizmetlerin ayrı yapılanması söz konusu değildir. Hizmet yapılanması ülkelerin sosyo-kültürel sistemleri ile bağlantılıdır. Endüstrileşmiş ülkelerde örgütlenmiş büro hizmetleri ya da kurumsal hizmetler yaşlılar için akrabalarından yardım almaktan daha yaygındır. Yaşlılar için hizmetler yapılandırırken yaşlıların aşağıdaki özellikleri dikkate alınmalıdır;

- Kronik sorunları olan ileri yaştaki kişiler kendilerini iyi durumda hissedebilirler. Yaşam şeklini belirleyici subjektif algının olumlu yönde desteklenmesi önemlidir. Duyusal, fiziksel işlevlerde azalma, hareketlerde bozulma subjektif sağlığı etkiler.

- Endüstrileşme yaşlının yaşam şeklini etkiler, ancak yaşlının yaşamdaki hızlı değişimlere uyumu yeterince araştırılmamıştır.

- 65 yaş üzerindekiiler “yaşlı bireyler” olarak gruplanmalarına karşın bu yaş grubu insanlar sağlık ve sosyal problemleri yönünden homojen değildir.
- Toplum yaşamına katılabilme düzeyi yaşlıların yaşam kalitesini belirleyicidir.
- Yaşlıların yaşam kalitesi gelir sahibi olmasıyla paraleldir.

İnsanların sağlık durumlarıyla ilgili bilgilerinin düzeyini birkaç etmen belirler; bunların başlıcası, günlük yaşamla baş etme yeteneğidir. Bu yeteneğin belirleyicisi sadece hastalığın olup-olmaması, hastalık şiddeti değildir. Baş etme yeteneği, mevcut hizmetler dâhil olmak üzere çevre özellikleriyle, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik sosyal boyutuyla da ilişkilidir.

Yaşlı bireylerin mental ve sosyal durumları, somatik yaşlanma süreci engel oluşturduğunda bağımsız yaşama kapasitesi önemli oranda etkilenir.

Viyana’da gerçekleştirilen ULUSLARARASI EYLEM PLANINDA yaşlılara götürülecek hizmetlere yönelik aşağıdaki öneriler ortaya konmuştur,

Yaşlılar için;

- Toplumda bağımsız yaşam desteklenmeli
- Yalnızca gerektiğinde kurumsallaşma olmalı, evde bakım desteklenmeli
- Kurumlardaki kalite artırılmalı
- Rehabilitasyon kolaylıkları sağlanmalı
- Multidisipliner değerlendirme ve yaklaşım olmalıdır
- Sağlığı geliştirmeye önem verilmeli
- Sağlık bakım sistemleriyle sosyal sistemler arasında işbirliği olmalı.

Yaşlı hizmetleri ile ilgili diğer görüşler; yaşlıya bütüncül bakım sağlanmalı, primer bakım artırılmalı, sağlık çalışanları için geriatri-gerontoloji konusunda müfredat hazırlanmalı, yaşlılara özelleşmiş hizmetler verilmelidir. Yaşlılığa özel hizmetlerin hedefi, erken tanı ve tedavinin artırılması, yaşlıya bakım kalitesinin artırılması, yaşlının fonksiyonel kapasitesinin artırılması, kurum muhtaçlığının ve gereksiz kurum kullanımının azaltılmasıdır.

Sosyal gerontoloji teorileri, sosyal yaşlanma süreçlerini açıklamaya çalışırlar. Tıbbi araştırmalar yaşlının doğrudan fiziksel sağlığını etkileyen sigara içme, beslenme, fiziksel aktivite, alkol kullanımını araştırma eğilimlidir, bu araştırmalara da gereksinim vardır. Ancak sosyal gerontoloji araştırmaları tıbbi araştırmalardan farklı olarak sosyal etkileşimleri, sosyal katılımı, hobileri ve yaşamdan hoşnut olmayı araştırabilir, anlamlı sosyal rolün ve pasif benlik imajının ve dünya görüşünün (bilişsel boyutun) yaşlıyı geleceğe hazırlamada önemli olduğu



bu araştırmalar sonucunda görülür. Yaşlının sadece bakımını değil, biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini karşılayabilecek yeterli hizmet geliştirilmesi ve yaşlının problemlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik, sosyal, tıbbi yönleriyle ilgili bilgileri birleştirerek, yaşlıların yaşam biçimleriyle ilgili bilgileri araştırarak, erken bağımlılığı ve gereksiz kurumsallaşmayı önleyici multidisipliner, multisektrel çalışmalar yapılabilmelidir.

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Türkiye’de yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çeşitli uygulamaların yanı sıra bakıma muhtaç yaşlıların korunması, tedavisi ve rehabilitasyonu, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla kurulmuş hizmet veren kurumlar vardır.

1) Kızılay Derneği hangi yıl kurulmuştur?

- a) 1568
- b) 1668
- c) 1768
- d) 1868
- e) 1968

2) Darülaceze hangi yıl kurulmuştur?

- a) 1895
- b) 1795
- c) 1695
- d) 1595
- e) 1495

3) SHÇEK'in açılımı nedir?

- a) Sağlık Hizmetleri Çocuk Esirgeme Kurumu
- b) Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
- c) Sağlık Hizmetleri Çocuk Evedindirme Kurumu
- d) Sosyal Hizmetler Evedindirme Kurumu
- e) Sosyal Hizmetler Çalık Esirgeme Kurumu

4) SHÇEK' in hangi dairesi yaşlıların kaldığı huzurevleri ile ilgilenir?

- a) Aİhtiyar Hizmetleri dairesi
- b) Erkek Hizmetleri dairesi
- c) Kadın Hizmetleri dairesi
- d) Yaşlı Hizmetleri dairesi
- e) Çocuk Hizmetleri dairesi

5) Yaşlıya evinde hizmet vermek amacıyla SHÇEK ..... yılında bakacak kimsesi olmayan yaşlılara kendi evlerinde eğitimli yardımcılarla bakma olanağını sağlayan bir projeyi uygulamaya koymuştur.

- a) 1994
- b) 1995
- c) 1996
- d) 1997
- e) 1998

**Cevaplar:1)d 2)a 3)b 4)d 5)a**

## **7. 21'NCİ YÜZYIL YAŞLI SAĞLIĞI İLE İLGİLİ HEDEFLER**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

21'nci Yüzyıl Yaşlı Sağlığı ile İlgili Hedefler

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlı sağlığı ile ilgili hedefler	21'nci yüzyıla bakış	



**Anahtar Kavramlar**  
Gelecekle ilgili projeler

## **Giriş**

Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise iki kattan da fazla artması beklenmektedir.

## 7.21'nci Yüzyıl Yaşlı Sağlığı İle İlgili Hedefler

Son yıllarda aile planlaması, çocuk sağlığı hizmetlerindeki gelişmelerle birlikte bulaşıcı hastalıklarıyla yapılan başarılı mücadeleyi içeren etkili sağlık hizmetleri, gelişen tıp teknolojisi, sosyal koşulların düzelmesi gibi gelişmeler sonucunda insan ömrünün uzamasına bağlı olarak tüm dünyada yaşlı nüfusu artmaya başlamıştır.

Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise iki kattan da fazla artması beklenmektedir.

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

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

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

Gelişmiş batı ülkeleri başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde genel sağlık ve sosyal hizmetler içinde yer alan bir hizmettir. Bu hizmet gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş ve komşu gibi geleneksel bakıcılar ile asıl mesleği evde bakım olan kişiler ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinliklerdir. Ülkelerin genel sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin özelliğine göre bu hizmet kamu kurumları, özel ve veya gönüllü kuruluşlar eliyle verilebilir; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları evde bakım hizmetlerini sunmak üzere organizasyonlar oluşturabilirler. Evde bakım hizmeti, kısa vadede kurumsal sağlık bakımına göre daha ekonomik, bakım ihtiyacı olan kişi ve yakınları tarafından daha kabul edilebilir bir hizmet modelidir. Ancak bakım süresinin uzaması durumunda bakım verenler açısından çeşitli zorluklar içermesi yüzünden aynı yararı sağlamayabilir. Bir ülkede evde bakım hizmetlerinin sunulabilmesi için yasal ve finansal alt yapının oluşturulmasının yanı sıra, personel eli ile bakım alacak ve bakımı verecek kişilerin eğitimlerinin yapılmasına, gerekli malzemeyi sağlayacak alt yapının oluşturulmasına gerek vardır. Ülkemizde yaşlı nüfus artmakta, kronik hastalıklar daha sık görülmekte, kazalara bağlı engelli bireylerinin sayısı

çoğalmaktadır. Uzun süreli kurumsal bakım olanaklarının sınırlılığı nedeni ile hastanelerde amacı dışında uzun süreli yatışlar görülmekte, hastane bakımı olanağı bulunmayan kişilere aileleri kendi olanakları ile evlerinde bakmaya çalışmaktadırlar. Yapılan bir çalışmaya göre Ankara Çankaya İlçesi'nde bir aylık süre zarfında evde bakım verilen hane sayısı %8,7'dir. Kurumsal bakım olanaklarının yetersizliği, hastane bakım maliyetlerinin yüksek oluşu gibi olumsuz koşullar ve Türkiye toplum yapısının evde bakım vermeye olan yatkınlığı gibi olumlu nedenlerle ülkemizde artık evde sağlık ve sosyal bakımı hizmeti verecek bir modelin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu hizmet modeli, temel olarak toplumun ekonomik olanakları göz önüne alındığında kamu kaynaklı ve birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde değerlendirilen bir hizmet modeli şeklinde geliştirilmelidir. Ancak temel alınan bu hizmet modeline ek olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını ve özel sektörü de bu alanda hizmet verme konusunda desteklemek gereklidir. Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmetlerinin standartlarını belirleyen ve denetleyen kurum olmalıdır.

Dünyada bugüne kadar üzerinde uzlaşma sağlanan bir evde bakım tanımı henüz yapılmamıştır. Evde bakım anlamında kullanılan sürekli bakım (continuingcare), topluma dayalı uzun süreli bakım (community long term care), evde uzun süreli bakım (home-based long term care) gibi farklı isimlendirmelere rastlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'ndaki tanıma göre uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş ve komşu gibi geleneksel bakıcılar ile asıl mesleği evde bakım vermek olan kişiler ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir.

Viyana'da gerçekleştirilen ULUSLARARASI EYLEM PLANINDA yaşlılara götürülecek hizmetlere yönelik aşağıdaki öneriler ortaya konmuştur,

Yaşlılar için;

- Toplumda bağımsız yaşam desteklenmeli
- Yalnızca gerektiğinde kurumsallaşma olmalı, evde bakım desteklenmeli
- Kurumlardaki kalite artırılmalı
- Rehabilitasyon kolaylıkları sağlanmalı
- Multi disiplinler değerlendirme ve yaklaşım olmalıdır
- Sağlığı geliştirmeye önem verilmeli
- Sağlık bakım sistemleriyle sosyal sistemler arasında işbirliği olmalı.

Yaşlı hizmetleri ile ilgili diğer görüşler; yaşlıya bütüncül bakım sağlanmalı, primer bakım artırılmalı, sağlık çalışanları için geriatri-gerontoloji konusunda müfredat hazırlanmalı, yaşlılara özelleşmiş hizmetler verilmelidir. Yaşlılığa özel hizmetlerin hedefi, erken tanı ve

tedavinin artırılması, yaşlıya bakım kalitesinin artırılması, yaşlının fonksiyonel kapasitesinin artırılması, kurum muhtaçlığının ve gereksiz kurum kullanımının azaltılmasıdır.

Sosyal gerontoloji teorileri, sosyal yaşlanma süreçlerini açıklamaya çalışırlar. Tıbbi araştırmalar yaşlının doğrudan fiziksel sağlığını etkileyen sigara içme, beslenme, fiziksel aktivite, alkol kullanımını araştırma eğilimlidir, bu araştırmalara da gereksinim vardır. Ancak sosyal gerontoloji araştırmaları tıbbi araştırmalardan farklı olarak sosyal etkileşimleri, sosyal katılımı, hobileri ve yaşamdan hoşnut olmayı araştırabilir, anlamlı sosyal rolün ve pasif benlik imajının ve dünya görüşünün (bilişsel boyutun) yaşlıyı geleceğe hazırlamada önemli olduğu bu araştırmalar sonucunda görülür. Yaşlının sadece bakımını değil, biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini karşılayabilecek yeterli hizmet geliştirilmesi ve yaşlının problemlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik, sosyal, tıbbi yönleriyle ilgili bilgileri birleştirerek, yaşlıların yaşam biçimleriyle ilgili bilgileri araştırarak, erken bağımlılığı ve gereksiz kurumsallaşmayı önleyici multidisipliner, multisektörel çalışmalar yapılabilmelidir.

Düşük gelirli yaşlıları yardımcı görevler için eğitime ve onları yarım günlük işlere yerleştirmeyi amaçlayan programlar düzenlenebilir: 1982 yılında Viyana da yapılan yaşlanma üzerine Birleşmiş Milletler Dünya Kurultayına UNESCO tarafından hazırlanan Eğitim ve Yaşlanma adlı rapor sunulmuştur. Yaşlanmaya ilişkin milletlerarası eylem planında eğitimin seçkin bir yer tutması gerektiği anlaşılmış olduğundan, her yaştan herkesin eğitime ve kültüre ulaşabilmesinin devredilemez bir insan hakkı olduğu temel düşüncesi, eğitimin yalnızca insancıl bir ödev olan sonucunu doğurmamalıdır. Tersine eğitime “yaşlıların temsil ettiği sayısız değerden, ekonomik, toplumsal ve kültürel gelişme bakımlarından yararlanmanın aracı gözüyle bakılmalıdır” görüşü kabul görmüştür.

## Uygulamalar

## **Uygulama Soruları**

## **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

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



## Bölüm Soruları

1) Dünyada son 30 yılda 60 yaş ve üzeri kişi sayısı ikiye katlanmış olup 2050 yılında ise ..... da fazla artması beklenmektedir.

- a) İki kattan
- b) Üç kattan
- c) Dört kattan
- d) Beş kattan
- e) Altı kattan

2) Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında beşinci hedef doğrudan ..... ile ilgilidir.

- a) Ergen Sağlığı
- b) Kadın Sağlığı
- c) Erkek Sağlığı
- d) Yaşlı Sağlığı
- e) Çocuk Sağlığı

3) Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında hedef, ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80'li yaşlarda insanların oranının en az ..... artırılmasıdır.

- a) %40
- b) %50
- c) %60
- d) %70
- e) %80

4) Yaşlılara götürülecek hizmetlere yönelik "ULUSLARARASI EYLEM PLANI" Avrupa'nın hangi şehrinde gerçekleştirilmiştir?

- a) Paris
- b) Hamburg

c) Budapeşte

d) Berlin

e) Viyana

5) Aşağıdakilerden hangisi ULUSLARARASI EYLEM PLANINDA yaşlılara götürülecek hizmetlere biri değildir?

a) Toplumda bağımsız yaşam desteklenmeli

b) Ailelere eğitim verilmeli

c) Yalnızca gerektiğinde kırumsallaşma olmalı

d) Kurumlarda kalite artırılmalı

e) Rehabilitasyon kolaylıkları sağlanmalı

**Cevaplar:1)a 2)d 3)b 4)e 5)b**

## **8. YAŞLILIKTA BESLENME VE SAĞLIKLI YAŞLANMA**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 8.1.** Yaşlılıkta Beslenme
- 8.2.** Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi
- 8.3.** Yaşlılıkta Besin Gereksinimleri
- 8.4.** Yaşlılarda Beslenme İlkeleri

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılıkta beslenme	Sağlıklı yaşlanma	

## **Anahtar Kavramlar**

Sağlıklı yaşlanma için beslenme

## **Giriş**

Yaşlı bireyin sağlığı beslenme durumu ile yakından ilişkilidir.



## 8.1.Yaşlılıkta Beslenme

Tıbbın ve teknolojinin gelişimi, dünyada ve ülkemizde ortalama yaşam süresinin artmasına neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunun artışı daha fazla olmaktadır. Altmış yaş ve üzerindeki nüfusunun 1998-2050 yılları arasında dokuz kattan daha fazla artacağı düşünülmektedir. Yaşlılık yaşam sürecinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal bir dönemdir. Dünya sağlık örgütü yaşlılığı “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamaktadır. Kronolojik olarak yaşlılık bireyin çalışma performansı ve verimliliğinin azaldığı, emekli olduğu dönem olarak ifade edilmekte ve genellikle de sınırı 60 veya 65 yaş olarak kabul edilmektedir. Yaşlanan nüfusun gereksinimleri de değişmektedir. Yaşlılar, genç nüfusa oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmakta, daha uzun süre hastanede kalma eğilimindedirler. Kronik hastalıklar ve özürllülük nedeniyle uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, balom evleri) duyulan gereksinim artmıştır. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalıklar da artmaktadır. Çoğu kez birkaç sağlık hizmeti sorunu bir arada yaşanmaktadır. Yaşlılıkta sağlık sorunlarının önlenmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme önemli bir faktördür.

## 8.2.Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Yaşlı bireyin sağlığı beslenme durumu ile yakından ilişkilidir. Özellikle kronik hastalığı olan yaşlılarda morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresine beslenme durumunun etkisi çeşitli yönleriyle değerlendirilmelidir. Yaşlılarda beslenme durumu, besin öğelerine olan fizyolojik gereksinimin karşılanma düzeyinin saptanması ile değerlendirilebilir. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde antropometrik ölçümler, diyet öyküsü, biyokimyasal ve biyofizyolojik testlerden yararlanılmaktadır. Antropometrik ölçümlerden en pratik olanı boy, ağırlık ölçümü ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlendirmesidir. BKİ'nin yaşam boyu 20,0-24,9 arasında tutulması yeterli ve dengeli beslenmenin bir göstergesi kabul edilmektedir. Bedende toplanan yağın dağılımı hastalıklar dolayısıyla ölüm riski ile ilişkili bulunmaktadır. Yaşla birlikte yağsız vücut kitlesi ve vücuttaki yağ dağılımıyla önemli değişiklikler olmaktadır. Bedenin üst kısmının (karın bölgesi) yağlanması (android/elma tip) daha riskli kabul edilmektedir. Bu nedenle son yıllarda tek başına bel çevresinin ölçülmesi abdominal yağ dağılımının ve sağlığın bozulmasına bir gösterge olarak, pratik kullanım sağlamaktadır. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'yi aşmaması önerilmektedir. Yaşlılarda düşük BKİ risk eşiği; 18-22 kg/m<sup>2</sup> olarak kabul edilmektedir. Ağırlık kaybının, kemik kaybı ile ilişkili olduğu, osteoporoz riskini arttırdığı dikkate alındığında BKİ=27'ye kadar normal kabul edilmektedir. Eğer yaşlı birey yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağımlı ise ve yaşlılık nedeniyle kifotik bir bireyse o zaman yatağa bağlı olmayan normal bireylerde kullanılan antropometrik ölçümlerin kullanılması uygun ve pratik değildir. Bu bireyler için; boy uzunluğu diz boyu ölçümü ile ağırlık ise üst kol çevresi, baldır çevresi ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümleri kullanılarak uygun denklemler yardımı ile boy ve ağırlık değerleri hesaplanabilmektedir. Son yıllarda ultrason, bilgisayarlı tomografi magnetik rezonans görüntüleme (MRI), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC) ve biyoelektriksel empedans (BIA) kullanımı vücut bileşiminin yağ doku ve yağsız vücut

kitlesinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilir. Bu yöntemler pahalı olmaları sebebiyle yaşlı grupta olanaklar elverdiği oranda kullanılabilir.

### **8.3. Yaşlılıkta Besin Gereksinimleri**

Yaşlılarda besin alımını etkileyebilecek faktörlere dikkat edilmelidir. Mide asit salgısının azalması, mide boşalma zamanının uzaması, görme kaybı, tat, koku duyularında azalma besin seçimleri ve yemeklerden haz duymayı etkiler, besin tüketimini azaltır. Ağız ve diş sağlığının bozulması diş kaybı veya uygun olmayan takma dişler yaşlılarda çiğneme güçlüğü ve bazı besinlerin tüketilmemesine neden olabilir. Yiyeceklerin satın alınmasındaki ve hazırlanmasındaki güçlükler, maddi koşulların yetersizliği, sedanter yaşam, yalnız yaşama ve yalnız yemek yeme yaşının besin tüketimini azaltır. Yaşlılarda genellikle birden fazla kronik hastalığın bir arada bulunması sebebiyle uzun süreli ilaç kullanımı söz konusudur. Bu durum hem beslenme, hem de ilaç metabolizması açısından önemlidir. Yaşlılarda yeme davranışı ile ilgili bozukluklar hastanede yatış süresine bağlı nedenler ve huzur evlerinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyona da sıklıkla gözlemlenmektedir. Yaşlılarda fiziksel aktivitenin azalması, sedanter yaşam tarzı enerji gereksinimini azaltmaktadır. Vücut kompozisyonunun değişmesi özellikle kas kütleindeki azalma, yağ kütleindeki artış ve aktif hücre sayısının azalmasına bağlı olarak bazal metabolik hız da azalmaktadır. Yaşlı bireyin enerji gereksiniminin belirlenmesinde ideal beden ağırlığının sürdürülmesi önemlidir. Enerji gereksiniminin belli bir kısmının karbonhidratlı besinlerden temin edildiği dikkate alındığında yetişkinlerde olduğu gibi yaşlılarda da basit karbonhidratlar yerine kompleks karbonhidratlar içeren besinler tercih edilmelidir. Bir karbonhidrat türü olan posanın yaşlılarda koruyucu ve tedavi edici etkileri bulunmaktadır. Kuru baklagiller, sebze ve meyveler, tahıl ve kepekli tahıl ürünleri ile suda çözünür posa tüketimi artırılabilir. Posa kan glikozunu, barsak faaliyetlerini düzenler, kolesterolü düşürür, kanser ve koroner kalp hastalığı riskini azaltır ya da bu gibi hastalığı olan yaşlılarda tedaviye destek olur. Yaşlılarda kas kütlelerinin azalmasına paralel olarak protein sentez hızı ve total vücut protein miktarında değişme meydana gelir. Ancak vücut dokularının korunması, bilişsel fonksiyonlar ve bağışıklık sistemi için iyi kaliteli proteine gereksinim vardır. Yetersiz protein tüketimi kemik kalsiyum düzeyini de negatif yöne etkilemektedir. Yaşlılarda protein enerji gereksinimi için kullanılmaktadır. Enfeksiyon, doku yaralanmaları, travma, yanık, ameliyat gibi durumlarda artan protein gereksinimi değerlendirilmelidir.

Yaşlılarda günlük enerjinin en fazla %30'u yağlardan sağlanmaktadır. Yağı azaltılmış süt ve ürünleri, kırmızı et yerine tavuk veya hindi eti tüketildiğinde doymuş yağ ve kolesterol tüketimi azalacaktır. Haftada en az iki kez omega-3 yağ asidi içeren balık tüketimi, diyetle zeytinyağının bulunması ve Akdeniz tipi diyetle beslenme yaşlıların kalp-damar sağlığını korumada yarar sağlayacaktır.

Yaşlılarda kemik sağlığının korunmasında kalsiyum önemli rol oynar. Özellikle kadınlarda menopoza sonrası östrojen yetersizliğine bağlı kemik yoğunluğu azalmaya başlar. Yaşlılarda fiziksel aktivitede azalma kemiklerden kalsiyumun çekimini artırır. Özellikle eve bağımlı yaşlılarda güneş ışığından yeterince yararlanılamaması nedeniyle D vitamini sentezi de azalmıştır. Bu durumda kalsiyumun vücutta kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Demir kaynağı besinlerin diyetle yetersiz tüketilmesi, mide asit salgısının azalması, kronik hastalıklar, gizli kanamalar ve kullanılan ilaçlar nedeniyle yaşlılarda demir yetersizliği anemisi görülebilmektedir. Hayvansal kaynaklı besinler demirin de en iyi kaynağıdır. Ancak kolesterol ve doymuş yağlardan zengin olmaları nedeniyle, bitkisel kaynaklı besinlerdeki demir emilimi C vitamini kaynağı bir besinle (domates, portakal vb.) tüketilerek artırılabilir. Yaşlılarda kronik hastalıklardan koruyucu A vitaminin ön öğesi β-karoten, E ve C vitaminleri gibi antioksidan vitaminler, flavanoidler, B6, B12 ve folik asit alımının artırılması yarar sağlamaktadır. Sebze, meyve ve folik asitten zengin besinlerin tüketilmesi kronik hastalıklar için diğer bir risk faktörü olan kan homosistein düzeyini düşürmeye yardımcı olmaktadır. Yaşlılarda susama duyusunun azalması nedeniyle yeterince sıvı tüketilmemesi önemli bir konudur. Yaşlılar için günde 8-10 bardak sıvı tüketilmesi uygun olacaktır. Yeterli su ve sıvının tüketilmesi böbreklerin sağlığı, kabızlığın ve dehidrasyonun önlenmesi açısından gereklidir. Kafeinli içecekler (çay, kahve, kola vb.) kan basıncını etkilemekte, kardiyak ritmini arttırmakta, uykusuzluğa ve diüretik etkileri nedeniyle sıvı kaybı ve idrarla kalsiyum atımına neden olmaktadır. Bu tür içeceklerin tüketimi sınırlandırılmalıdır. İhlamur, bitkisel çaylar, limonata, ayran, taze meyve suları ve çorbalar yaşlı bireyler için uygun içeceklerdir.

#### **8.4. Yaşlılarda Beslenme İlkeleri**

- Her öğünde 4 besin grubundan tüketerek, besin çeşitliliği sağlanmalıdır.
- İdeal vücut ağırlığı korunmalıdır.
- Öğün sayısı artırılmalı, azar azar, sık sık yemek yenilmelidir.
- Yağlı besinlerin tüketilmesi sınırlandırılmalıdır. Bunun için;
- Kırmızı et yerine tavuk, hindi eti tercih edilmelidir.
- Haftada en az 2-3 kez balık tüketilmelidir.
- Et pişirilen yemeklere ayrıca yağ ilave edilmemelidir.
- Bitkisel sıvı yağlar tercih edilmelidir. Günlük yağ tüketiminin 1/3'ü hayvansal kaynaklı, 1/3'ü bitkisel sıvı yağlardan, 1/3'ü ise zeytinyağından karşılanmalıdır.
- Az yağlı veya yağsız süt ürünleri tüketilmelidir.
- Posa tüketimi artırılmalıdır. Bunun için;
- Beyaz ekmek yerine tam tahıllı ekmek tercih edilmelidir.
- Günde 5-7 porsiyon sebze-meyve tüketilmelidir.
- Haftada 2-3 kez kuru baklagil yemeği tüketilmelidir.

- Günlük tuz kullanımı kısıtlanmalıdır. Günlük miktar bir tatlı kaşığından fazla (4-5 g) olmamalıdır. Tuzlu besinlerden kaçınılmalıdır (salamura, turşu, tuzlu salça, peynir vb.). Ayrıca sodyum içeriği göz önünde bulundurularak sodalı içecekler ve kabartma tozu eklenmiş besinlerin tüketiminde dikkatli olunmalıdır.

- Günlük sıvı tüketimi arttırılmalıdır. Su tüketimi günde 2 lt'nin altına düşmemelidir.

- Ağız ve diş sağlığına önem verilmelidir.
- Sigara ve alkol kullanılmamalıdır.
- Fiziksel aktivite arttırılmalıdır.

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Özellikle kronik hastalığı olan yaşlılarda morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresine beslenme durumunun etkisi çeşitli yönleriyle değerlendirilmelidir. Yaşlılarda beslenme durumu, besin öğelerine olan fizyolojik gereksinimin karşılanma düzeyinin saptanması ile değerlendirilebilir.

## Bölüm Soruları

1) Beslenme durumunun değerlendirilmesinde antropometrik ölçümlerden en pratik olanı boy, ağırlık ölçümü ve ..... indeksi dir.

- a) Karın sırt
- b) Bel sırt
- c) Boyun bel
- d) Beden kitle
- e) Göğüs bel

2) Beden Kitle indeksi'nin yaşam boyu ..... arasında tutulması yeterli ve dengeli beslenmenin bir göstergesi kabul edilir.

- a) 20,0-24,9
- b) 20,0-25,9
- c) 20,0-26,9
- d) 20,0-27,9
- e) 20,0-28,9

3) Bel çevresinin erkeklerde ..... cm aşmaması önerilmektedir.

- a) 105
- b) 104
- c) 103
- d) 102
- e) 90

4) Bel çevresinin kadınlarda ..... cm'yi aşmaması önerilmektedir.

- a) 98
- b) 88
- c) 78
- d) 68
- e) 58

5) Yaşlılarda her öğünde ..... besin grubundan tüketerek, besin çeşitliliği sağlanmalıdır.

a) 6

b) 5

c) 4

d) 3

e) 2

**Cevaplar:1)d 2)a 3)d 4)b 5)c**

## **9.EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMI**



## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 9.** Evde Bakımın Tarihiçesi
- 9.1.** Evde Bakım Verilebilecek Durumlar
- 9.2.** Evde Bakım Sisteminin Kapsamı
- 9.3.** Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler
- 9.4.** Evde Bakımın Olumlu Yönleri
- 9.5.** Evde Bakımın Olumsuz Yönleri
- 9.6.** Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Gereksiniminin Boyutları
- 9.7.** Evde Bakım Ekibi
- 9.8.** Evde Bakım Verenlerin Özellikleri
- 9.9.** Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu
- 9.10.** Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Evde bakım hizmetleri	Yaşlılarda ilaç kullanımı	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılarda ilaç kullanımı

## **Giriş**

Yüzyıl öncesine kadar bakım hizmetlerinin neredeyse tamamı, aile üyeleri, hemşireler, hastabakıcılar gibi alışılmış bakım verenlerin yanı sıra, hekimler tarafından yapılan ev ziyaretleri ile ev ortamında verilmekteydi.

## **9.1.Evde Bakımın Tarihi**

Yüzyıl öncesine kadar bakım hizmetlerinin neredeyse tamamı, aile üyeleri, hemşireler, hastabakıcılar gibi alışılmış bakım verenlerin yanı sıra, hekimler tarafından yapılan ev ziyaretleri ile ev ortamında verilmekteydi. Tıbbın ve hastanelerin gelişmesi ile evde bakımın önemi azalmış, hastalar bakım için hasta nelere ve hekimlerin muayenehanelerine başvurmaya başlamışlardır. Bin dokuz yüz kırklı yıllarda hastane yataklarının büyük kısmını uzun süre işgal eden kronik hastalığı olan kişilerin sayısının giderek artması üzerine, hastanelerin evde bakıma yoğun ilgi duymaya başladığı görülmektedir. Bu anlamda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Montefiore Hastanesi Evde Bakım Programı, 1947'de tıbbi hemşirelik hizmetleri ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulması amacıyla başlatılan ilk hastane destekli evde bakım programı olmuştur. Bu nedenle evde bakım etkinliklerinin ilk kez ABD'de başladığı kabul edilmektedir. Evde bakım hizmetleri ABD'de "Medicare" ve "Medicaid" sigorta sisteminin 1965'te hayata geçişi ile birlikte hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. ABD'de evde bakım hizmetleri 20. yüzyılda ABD'de, dünyadaki diğer ülkelere göre daha hızlı gelişmiştir. Bu gelişimde büyük ölçüde ekonomik ve finansal nedenler ile evde bakım hizmeti sunan kuruluşlarının bu alandaki hâkimiyeti rol oynamıştır. Bugün dünyada bugün hala evde bakım hizmeti sistemi bulunmayan çok sayıda ülke vardır. Gelişmiş Avrupa ülkelerinin bir kısmında da bu hizmet sisteminin emekleme döneminde olduğu söylenebilir.

## **9.2.Evde Bakım Verilebilecek Durumlar**

Gereken tıbbi ekipman, malzeme ve personelin bulunması durumunda her türlü sağlık sorunu bulunan kişiye evde bakım verilebilir. Ayrıca evde bakım hizmeti verilebilmesi için sağlık sorununun yanı sıra hasta ve hasta ailesinin, hastanın yaşadığı evin koşullarının, evin bulunduğu çevrenin de uygun olması gereklidir. Bugün kronik hastalıkları olan ve/veya yeti yitimi olan kişiler evde bakım hizmeti için en uygun gruplardır. Diyabet, böbrek hastalıkları veya inme gibi sıkı izlem gerektiren kronik sağlık sorunları, kanser, kardiyovasküler sorunlar ve hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, artritler, ishaller ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar, fiziksel ve zihinsel yetersizlik durumlarının yanı sıra yaşamsal aktivitelerinde bir başkasına bağımlılığın söz konusu olduğu yaşlılar, herhangi bir nedenle ameliyat geçiren ve bakım gereksinimi devam eden hastalar, normal veya sezaryen doğum sonrası taburcu edilen ancak bakım gereksinimi süren lohusalar, yeni doğanlar, yakın hemşire bakımı ile günlük yaşamını sürdürebilecek çocuk ve yetişkinler ile tedavi planı hastanede kalmasını gerektirmeyen hastalar evde bakım için uygun görülmektedir.

## **9.3.Evde Bakım Sisteminin Kapsamı**

Genel sağlık sisteminden farksız olarak evde bakım sisteminde de koruyucu, tanı, koyucu, tedavi ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin yanında günümüzde giderek önemi artan uzun süreli bakım ve hospiz bakımından söz edilmektedir.

### 9.3.1.Evde Koruyucu Bakım

Evde bakım verilen bireyin var olan sağlık sorununun uygun ve yeterli tedavisinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi koruyucu bakım kapsamındadır. Ancak kişinin bakımında yükün büyük kısmının hasta kişinin kendisine ve aile üyelerine düşmesi nedeniyle aile içi dinamiklerin yakından izlenmesi, davranışsal bazı değişikliklerin yapılması ile tıbbi tedavi planına uyumun sağlanması koruyucu evde bakımın en önemli parçasını oluşturmaktadır. Koruyucu evde bakım hizmetleri kişinin durumunun stabilize olmasından sonra fonksiyonlarının en üst düzeyde tutulmasını, sakatlıkların önlenmesini, sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesini sağlar. Sağlıklı çevre bilinci oluşturulması amacıyla danışmanlık verilmesi ve hasta eğitimi hizmetleri de koruyucu evde bakım hizmeti kapsamındadır.

### 9.3.2.Evde Tanı Koyucu Bakım

Ekonomik baskılar ve teknolojinin sağladığı olanaklar tanı koydurucu hizmetleri hastanelerden muayenehane ve evlere taşımıştır. Bazı kişiler için ise ev ziyareti daha uygun bir tanı koyma yolu olabilir. Bu gruba giren kişiler şu şekilde sıralanabilir:

- Çok sayıda tıbbi problemi olan ve/veya çok sayıda tedavi uygulanan kişiler,
- Yürüme gücünü çeken kişiler,
- Sık sık düşen kişiler,
- Psikososyal problemleri olduğundan şüphelenilen kişiler,
- Tıbbi tedaviye cevabı zayıf hastalar,
- Kronik hastalığı olan ve çevresiyle iletişimi zayıf hastalar,
- Bakımlarını yeterli bulmayan ya da bakımlarından memnun olmayan hastalar,
- Sağlık sorunlarına bağlı olarak ruh sağlığı olumsuz etkilenen ve dayanma sınırına gelmiş hastalar,
- Beslenmesi bakım verenler tarafından gerçekleştirilen eve bağımlı özürlü hastalar,
- İstismar edildiğinden şüphelenilen hastalar,
- Muayeneye gelmeyi reddeden ve bilinen önemli bir sağlık problemi olan yaşlı hastalar,
- Sorunları ile baş etme gücünü çeken, yeni eve bağımlı hale gelmiş hastalardır.

### **9.3.3.Evde Tedavi Edici Bakım:**

Günümüzde hastalar hastanelerin yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve gidebilmektedir. Bu nedenle tıbbi teknolojinin en çok gelişen alanlarından biri de evde tedavi edici hizmetler kapsamında kullanılan malzeme ve ekipmanın üretimidir. Bu hizmetlerde temel amaç hasta ve ailesinin kendi kendilerine yeter hale getirilerek, günlük yaşamlarına devam etmelerinin sağlanmasıdır.

### **9.3.4.Evde Rehabilitasyon Edici Bakım:**

Bu bakım hizmetinde hastaneye yatışı takiben birey programı yardımıyla, diğer aile bireyleri ve hastanın da katılımı sağlanarak tedavi edici protokoller yürütülür. Bu şekilde bireyin bağımsızlığının sağlanması, en kısa sürede sosyoekonomik yaşama dönmesi ve topluma katılımının yeniden sağlanması amaçlanmaktadır. Disiplinler arası işbirliği yapılarak sakatlanmış bir çocuğun eğitimini sürdürmesi, yetişkin olduğunda iş yaşamına katılması ve normal üretken birey olması amaçlanmaktadır. Yaşlının evde rehabilitasyonu ile fonksiyonel kapasitenin maksimuma çıkarılması, mobilizasyonu ve sosyal yaşama katılması, ek bir maliyet getirse bile, yürütülmektedir. Sayıları giderek artan ve uzun süreli bakım gerektiren AIDS hastalarının evde rehabilitasyonu da giderek önem kazanmaktadır.

### **9.3.5.Evde Uzun Süreli Bakım:**

Kronik hastaların ve yeti yitimi olan bireylerin ihtiyacı olan tıbbi ve destekleyici bakım hizmetlerinin, sahip olunan fonksiyonların maksimum düzeyde tutulması amacıyla verilmesidir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının giderek artması nedeniyle özellikle 85 yaş üzeri yaşlıların evde bakım hizmet talebinin en büyük payı oluşturduğu gözlenmektedir. Uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin ihtiyacı olan hizmetlerin daha çok destekleyici hizmetler olduğu ve bunların %85'inin aile bireyleri ve arkadaşlarca sağlanabildiği, sadece %15'inin dışardan talep edilmesi gerektiği görülmüştür. Ancak bakım veren kişilerin ekonomik, fiziksel ya da duygusal yükleri ağır olabilir. Bu nedenle sağlık çalışanları dışında evde bakım veren kişileri destekleyici hizmetlerin artırılması, bakım veren kişilerin dinlenme gereksinimlerinin karşılanması ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.

### **9.3.6.Evde Hospiz Bakımı**

Terminal dönemdeki hastaların %50-70'i yaşamlarının kalan kısmını mümkün olduğu kadar evlerinde geçirmek istemektedir. Ancak sunulan hizmetlerdeki yetersizlikler nedeni ile bu hastaların çok az bir kısmı (%23) evlerinde yaşama veda edebilmektedir. Hospiz kavramı terminal dönem hastalar ile ailelerine yoğun bakım olanakları sağlayan bir yaklaşımdır. Ayrıca hospiz bakımı hastalarda tedavi edici bakımı değil, palyatif bakımı esas almaktadır. Palyatif bakım kişinin hastalığına bağlı ortaya çıkan ve hastaya sıkıntı veren sağlık sorunlarının giderilmesini ya da azaltılmasını amaçlar. Bu şekilde hastanın günlük yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılır. Evde hospiz bakımı malignensisi bulunan, kardiyomyopati,



multiple skleroz, AIDS, kanser, amfizem ve böbrek yetmezliği gibi tanılar almış hastaların terminal dönemlerinde faydalı olabilen bir bakım şeklidir.

#### **9.4.Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler**

Evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilen ve üzerinde ilgili sektörlerin uzlaştığı bir çekirdek hizmet listesi yoktur. Hizmete duyulan gereksinim ve hizmetin sağlanabilmesi için gerekli koşullar, bu kapsamdaki hizmetleri artırabilir veya azaltabilir. Evde bakım hizmetinin öğesi olabilecek hizmetler aşağıda sıralanmıştır:

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme,
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların ve özürlülüğün önlenmesi,
- Öz bakımın sağlanması, kendine yardım, karşılıklı yardımlaşma, savunuculuk,
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı,
- Kişisel bakım hizmeti; (giyinme, yıkanma, beslenme),
- Ev işleri hizmeti; (temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş),
- Özürlü bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması,
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkânının sağlanması,
- Evde rehabilitasyon hizmeti,
- Temel ve özel gereksinimlerin karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması
- Özelleşmiş destek hizmetleri (inkontinens durumu, demans ve diğer ruhsal sorunlar, vb. için),
- Bakım gereksinimi olan kişinin dönem dönem kurumsal bakım alması ile yakınlarının dinlendirilmesine yönelik hizmetler (respitecare),
- Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerin giderilmesi gibi),
- Hastaya, ailesine ve diğer ilişkili kişilere gerekli bilginin verilmesi,
- Danışmanlık ve duygusal destek hizmeti,
- Sosyal etkileşimlerin artırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi,
- Üretim ve rekreasyon çalışmaları,

- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi,
- Bakım öncesinde, bakım sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması
- Toplumun bakım rolü üstlenme konusunda hazırlanması ve harekete geçirilmesi

Yukarıda sıralanan hizmetlere ek olarak, yiyecek, su ve sanitasyon olanağının sağlanması; yakacak, barınak ve gelir sağlanması; ev, hastane, ve kurumlar arası bağlantıların oluşturularak bakımın sürekliliğinin sağlanması; planlama, yönetim ve politika oluşturma amacıyla hastalara ait bilgi toplanması ve kaydedilmesi; denetim ve teknik destek; izleme, değerlendirme ve geri bildirim hizmetleri de bu kapsamda düşünülebilir.

ABD’de evde bakım hizmeti alan ağır yeti yitimi yaşlılar evde bakım hizmetleri kapsamına giren hizmetlerden en fazla giyinme, beslenme ve yıkanma gibi kişisel bakım hizmetlerine, ev işleri, yemek hazırlama, günlük ev işlerine yardım, hizmetlere gereksinim duymaktadır.

Evde bakım hizmetleri bütün dünyada giderek yaygınlaşmakta ancak bu hizmetlerin olumlu yönlerinin yanında bazı olumsuzluklarının bulunduğu da bilinmektedir. Evde bakım hizmetlerinin olumlu ve olumsuz yönleri aşağıda sıralanmıştır.

### **9.5.Evde Bakımın Olumlu Yönleri**

- Aileyi parçalanmaktan korur. Eğer bakım ihtiyacı olan kişinin çocukları varsa, kişi aile yaşamının parçası olmaya devam eder.
- Kişinin kendi alıştığı ortamda ve kendi konforu içinde yaşamını sürdürebilmesine olanak tanır.
- Evde bakım kişinin enerjisini hobilerini, arkadaş ilişkilerini, iletişimini ve spor aktivitelerini eskiden olduğu gibi sürdürmesine olanak verecek biçimde harcamasını sağlar.
- Kişinin toplumdaki soyutlanmasını önler.
- Kişinin bağımsız yaşamasını sağlar. Hasta kişi bu sayede hastalığı üzerindeki kontrolünü artırabilir.
- Hastanın ve/veya yakınlarının yaşam kalitesini artırır. Hasta yakınlarına dinlenme olanağı sağlar.
- İyileşmeyi hızlandırır.
- Kurumlara geri dönüşleri azaltır.

- Hastane enfeksiyonlarından korur.
- Kişiyeye gereksinim duyduğu bakımı verir.
- Hastalarda stresin azalmasını sağlar.
- Kısa dönemde maliyeti hastane bakımına göre daha düşüktür.
- Hastanelerde erken taburcu edilmeler nedeniyle hasta döngüsü hızlanır, daha az yatak ve personel ile daha çok hastaya hizmet sunulur.
- Hastalar yataklı tedavi kurumlarına yatış için sıra beklemez veya daha az sıra beklerler.
- Kişilere tanıdan iyileşmeye kadar geçen dönemde kesintisiz bir sağlık hizmeti sunulması sağlanır.

Bu faktörler hasta memnuniyetini artırır.

## **9.6.Evde Bakımın Olumsuz Yönleri**

- Hasta özel yaşamına müdahale ediliyormuş duygusuna kapılabilir.
- Birey hastalığının ağırlığına ve gereksinim duyduğu evde bakım hizmetlerinin niteliğine göre çevresini çok sayıda insan, alet ve malzeme ile sarılmış hissedebilir.
- Evde sağlık bakımı verilmesi bireyin kendini gerçekten hasta hissetmesine neden olabilir.
- Bakım verme sürecinde aile üzerinde artan oranda duygusal, fiziksel ve ekonomik baskı oluşabilir.
- Evde bakım hizmetlerinde kullanılan bazı yüksek teknoloji cihazlar bakım veren kişilerin yeterince bilgili ve kullanmada yeterli olmamaları sonucu sorun yaratabilirler.
- Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonellerin bulunmayışı da evde bakımın hastane bakımı karşısındaki dezavantajı olarak görülebilir.

## **9.7.Dünyada ve Türkiye’de Evde Bakım Gereksiniminin Boyutları**

Dünyada kaç kişinin sağlık sorunları nedeniyle evde bakıldığına dair bir bilgi yoktur. Ancak kronik hastalıklara bağlı oluşan yeti yitimi bakım ihtiyacının temel nedeni olarak ele alındığında, toplumda ne kadar bireyin bakıma gereksinim duyduğu hakkında fikir sahibi olunabilir. Kronik sağlık sorunları nedeniyle yeti yitimi olan kişilerin ABD’de sadece %11’inin kurumsal bakım aldığı, diğer %89’luk kesimin toplum içinde bakımlarının sürdürüldüğü görülmektedir. Bu nedenle, toplumda bakım ihtiyacı ve evde bakım hizmeti alanların boyutu ile ilgili değerlendirmelerin yeti yitimi ile ilgili değerler üzerinden

yapılabileceği belirtilmektedir. Yeti yitiminin belirlenmesinde bugün için kullanılan en objektif değerlendirme olan günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun incelenmesine dayanan Birleşmiş Milletler İstatistik Bölümü (United Nations Statistical Office (UNSO)), Birleşmiş Milletler Gelişme Programı (United Nations Development Programme (UNDP)) ve Metts (1999) tarafından yapılan araştırmalara göre 2000 yılı itibarıyla gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %9,9'nun Uluslararası Yetersizlik, Yeti yitimi ve Engellilik Sınıflaması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ICDH), (WHO, 1980; 1999) kriterlerine göre herhangi bir yeti yitiminin olduğu tahmin edilmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş ve üzeri bireylerin ise %20-25'inin herhangi bir düzeyde yeti yitiminin olduğu bildirilmektedir. Yeti yitimi boyutunun dolayısı ile bakım ihtiyacının dünyanın daha olumsuz koşullara sahip bölgelerinde yaşayanlar arasında daha yüksek olduğu (%14) bildirilmektedir.

Aile bireyleri tarafından sağlanan bakımın boyutunun belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar sonucunda Ebeveyn Destek Oranı (Parent Support Ratio) adı verilen bir ölçüt geliştirilmiştir. Ebeveyn Destek Oranı bir toplumda bakım verme sorumluluğunun boyutunun gösterilmesi amacıyla kullanılabilir bir ölçüttür. Bu oran 80 yaş ve üzeri nüfusun 50-64 yaş arası nüfusa oranı olarak tanımlanmaktadır.

Bu ölçütün formülü

Ebeveyn Destek Oranı= (80yaş üzeri nüfus / 50-64 yaş arası nüfus) x 100 şeklindedir.

Bu formüle göre hesaplanmış beş gelişmiş ülkede yaşayan 50-64yaş arası her 100 kişinin bakım verme sorumluluğunu taşıdığı 80 yaş ve üzeri nüfusun yüzde olarak değerleri Tablo 1'de verilmiştir. Bu bulgulara göre, 1999 yılı itibarıyla İsrail'de toplumun ebeveynin bakım sorumluluğunu taşıma oranının en yüksek olduğu görülmektedir (%20,1). Bu oran 2025 yılı tahminlerine göre Japonya'da %44 olacaktır. Türkiye'de ise ebeveyn destek oranı 1990 yılı için %7,8, 2000 yılı için %7'dir.

Alman toplumunda yeti yitimi boyutu yaklaşık olarak %4,6 olarak saptanmıştır (1992). Kendi evinde yaşayan Almanların %1,5'i günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememektedir ve bu kişilerin %71'i 65 yaş ve üzerindeki kişilerdir (Scheenekloth 1996), ayrıca bu kişilerin %2,5'i yardımcı günlük yaşam aktivitelerini de yapamamaktadır. 1996 yılında yapılan bir çalışmada, her 10 Kanadalıdan birinin uzun süreli sağlık sorunu olan bir kişiye bakım verdiği saptanmıştır. Bu ülkede bir yıl boyunca yardımcı hizmetleri kullanan yaşlı nüfusun boyutu ise %10'dur. İki bin yılında ise 1 milyondan fazla Kanadalı evde bakım programlarından yararlanmıştır. Evde bakım hizmetleri için yapılan kamu ve özel sektör harcamaları 1991-2001 döneminde %204 artmış ve 1 milyar dolardan 3,2 milyar dolara yükselmiştir. Ancak harcamalardaki bu artışa karşılık, Kanada'da evde bakım hizmetlerinin toplam sağlık hizmeti harcamaları içindeki payı sadece %3,3'tür. Kanada'da 1998/99 Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması'na (National Population Health Survey) göre yaşlıların kamu tarafından finanse edilen evde bakım hizmetlerini kullanma sıklığı %12'dir. Japonya'da üç bin 65 yaş üstü Japon'u kapsayan bir çalışmaya göre, yaşlı Japonların %3-4'ü bakım almakta, %30'unun bakacak kimsesi bulunmamakta, %30'u ise yetersiz düzeyde bakılmaktadır.

Kentsel bölgelerde bakım veren kişi genellikle eş veya aile dışı kişiler iken, kırsal alanda çocuklar veya torunlardır. Verilen bakımın çok az bir kısmı sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır. İtalya'nın Lombardy Bölgesi'nde 60 yaş üzeri nüfusun yaklaşık %2'sinin evde bakım hizmeti aldığı bildirilmektedir. İspanya'da ise 65 yaş üzeri nüfusun %3'ten azı bakımevinde kalmakta, 97'si toplum içinde yaşamını sürdürmektedir. İspanyollarda kişilerin ebeveynlerine bakması önemli bir örf ve adet sayılmakta, bir kişinin ebeveyninin bakımevinde olması, toplum tarafından utanılacak bir durum olarak değerlendirilmektedir. ABD'de son 25 yılda evde bakım hizmeti kullanımı belirgin bir artış göstermiştir. Bu durumun temel nedeni ABD'de ki 65 yaş üzeri nüfusun ve yeti yitimi sorunu yaşayan bazı gençlerin sağlık harcamalarını karşılayan sigorta kuruluşu Medicare'in evde bakım hizmetleri kapsamında ödeme yaptığı hizmetlerin sayısını 1970' ve 1980'lerde yaptığı düzenlemeler ile artırmasıdır. Resmi kayıtlara göre 1975'te evde bakım hizmet alan 65 yaş ve üzeri nüfus Medicare'in kapsadığı yaşlı nüfusun %2'sini oluştururken (400.000'den biraz az), 1995'te bu yüzde %10'a (3,5 milyon kişi) ulaşmıştır. Ulusal Sağlık Harcamaları Araştırmasına (National Health Expenditures Survey 1995) göre kayıtlı evde bakım hizmeti kullanan kesim ABD'de bütün nüfusun %2,5'ini oluşturmaktadır. ABD'de 1996 yılı itibarıyla 2.427.500 kişi kuruluşlar aracılığı ile evde bakım almıştır. Bunların %72,4'ü 65 yaş ve üzerindedir ve %66,8'i kadındır (USA Home and Hospice Care Survey, CDC, 1996). ABD'de 1980-1990 yılları arasındaki 10 yıllık sürede bakımevinde kalanların azaldığı ve evde bakım için cepten yapılan harcamaların arttığı görülmüştür. Yaşlı Amerikalıların 1985'te %4,6'sı bakımevinde kalırken, bu sıklık 1995'te %4,2'ye düşmüştür. ABD'de 1995'te yapılan Ulusal Sağlık Araştırması'na (National Health Survey) göre eve bağımlı her 5 yaşlıdan biri günlük yaşam aktiviteleri veya yardımcı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma gereksinim duyduğunu ifade etmiştir. Bu kişilerin sadece %13'ü "Medicare" veya "Medicaid" tarafından ödenen bir hizmet almaktadır. ABD'de 2000 yılı itibarıyla her yaştan 20 milyon kişinin uzun süreli bakıma gereksinimi olduğu, bildirilmiştir. Uzun süreli bakıma gereksinim duyulan kişilerin sadece %13'ü bakımevlerinde kalırken, kalan %87'lik kesim toplum içinde yaşamakta, aileleri ve yakınları tarafından bakılmaktadırlar; %25'i günlük yaşam aktivitelerinin 3 ve daha fazlası için bir başkasına bağımlıdırlar. Toplumun geri kalan kısmına göre bu kişiler daha düşük gelirli, çok yaşlı, eşinden başka herhangi bir yakını ile veya yalnız yaşayan kişilerdir.

Gelişmiş sekiz ülkede bakımevlerinde kalan 65 yaş üzeri bireylerin yüzdesi %5-8 arasında değişirken, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yüzdesi ise %5-17 arasında değişmektedir. Yaşlı nüfusun üçte ikisi ile dörtte üçüne ise evde bakımı aile üyeleri ve diğer yakınlar sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti veren kuruluşlarca sağlanan hizmetlerin dışında kalan diğer bakım hizmetlerinin boyutunu etkileyen temel faktörlerin, bu ülkelerdeki sosyal ve ekonomik etkenler ile yaşlı bireyin yaşadığı ortamın koşulları olduğu bildirilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlılar kurumlar tarafından sağlanan evde bakım hizmetlerine, ailesi ve yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılardan daha fazla gereksinim duymaktadırlar.

Türkiye'de evde bakım ihtiyacının düzeyi bilinmemektedir. Ancak 2001 yılında yapılan bir araştırmada 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının %27,2 olduğu Ankara İlinin Çankaya İlçesi'nde, son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı %8,7 olarak bulunmuştur.

## 9.8.Evde Bakım Ekibi

Evde bakım, bir ekip hizmeti olması sebebiyle disiplinler arası iş birliğini gerektirir. Bu işbirliği hasta daha hastanede iken başlar. Hastanın tedavisini üstlenen hekim, ekibin diğer üyeleri ve taburculuk planlaması görevlisinin birlikte evde bakıma ihtiyaç duyduğuna karar verilen hasta, tedavisini üstlenen hekimin direktifleri doğrultusunda, evde bakım kuruluşuna sevk edilir. Taburculuk planlaması görevlisi evde bakım kuruluşundaki sevkleri kabul eden görevliye hekimin direktiflerine uygun hizmetleri bildirir. Evde bakım kuruluşunun yöneticisi, hastanın bakımında birden çok disiplinden kişi görev alacak ise bu kişileri belirler ve disiplinler arası iş birliğini izler. Bakım ihtiyacı olan kişinin tedavi planını onaylaması gereken kişi olan hekim, aynı zamanda evde bakım hizmetlerinin de yasal sorumlusudur. Evde bakım programına alınan her hastanın bir hekimin kontrolü altında olması şarttır. Programa alınmadan önce her hastanın tedavi planı bir hekim tarafından onaylanmak zorundadır. Evde bakım hizmeti sunmak üzere oluşturulan ekipte başta hekimler olmak üzere, evde bakım hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve ihtiyaca göre fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti ve diyet uzmanı gibi evde bakım hizmetleri konusunda eğitilmiş sağlık çalışanlarının yanında, evde bakım yardımcıları, evde bakım alan kişi ve/veya aile üyeleri yer alır. Evde bakım hemşiresi, hastaların kendi kendine yeter hale gelmelerini ve öz bakımlarını yapmalarını sağlamayı amaçlar. Bu şekilde hastalar kendi sağlık bakımları ile ilgili olarak daha fazla inisiyatif sahibi olmaktadır. Evde bakımdaki aktif rolleri nedeniyle bakımın sürekliliği, tamamen hastanın evde bakım ekibi ile birlikte oluşturduğu bakım planını kavramasına bağlıdır. Bu nedenle evde bakım hemşiresi hasta olan bireyin sağlık ile ilgili olumlu davranışlar göstermesi için daha çok “kolaylaştırıcı (facilitator) görev yapan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Evde bakım hemşireleri ayrıca evde sağlık bakım yardımcılarının denetiminden de sorumludur. Sosyal hizmet uzmanı evde bakım hizmetleri içinde sosyal, duygusal ve çevresel olarak hastaların ve ailelerinin iyilik hallerini etkileyen faktörlerin düzeltilmesi için uğraş verir, hastaların toplumda var olan uygun hizmetlere ulaşmaları için yardımcı olurlar. Ayrıca kriz durumlarında müdahale eder, ödeme güclüğü olan hastalar için gerekli malzeme temini için çaba harcarlar.

Fizyoterapist, evde hastalar için sürekli, koruyucu ve iyileştirici uygulamalar gerçekleştirir. Kasların güçlendirilmesi, mobilizasyonun sağlanması, spastisitenin kontrolü, yürüyüş eğitimi, aktif-pasif mukavemet egzersizleri uygulamaları da fizyoterapistlerin ev ortamında verdikleri tedavi edici uygulamalardır. Ayrıca iyileştirici egzersizler, masaj, transkuten elektriksel sinir uyarımları, ısı, su, ultraviyole, ultrason, postural drenaj ve solunum egzersizleri de uygularlar. Fizyoterapist aynı zamanda, hasta ve ailesinin kendi kendine bakımının geliştirilmesi ve bu sorumluluğun kazanılması eğitimini vermekle de görevlidir. Evde bakım ekibinin bir üyesi olan uğraşı terapisti hastalara evlerinde günlük yaşam aktivitelerini yapabilme becerilerini geliştirme ve sürdürmeyi öğreterek, fonksiyon görme kapasitelerini en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olur. Uğraşı terapistinin verdiği eğitim daha çok üst ekstremitede kas kuvvetinin ve hareket yeteneğinin yeniden kazanılmasına odaklıdır. Konuşma terapisti konuşma, dil ve işitme konularında sorunu olan hastalarla çalışır. Konuşma terapisinin amacı konuşma ve dil becerilerinin en üst düzeye kadar geliştirilmesi ve erişilen bu düzeyde tutulmasıdır. Konuşma terapisti aynı zamanda yeme ve

yutma güçlüğü olan hastalarla da çalışırlar. Evde bakım yardımcısı, evde bakım ekibinin giderek daha fazla önem kazanan üyeleridir ve doğrudan evde bakım hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı veya fizyoterapistle bağlı olarak çalışır. Bazı kaynaklara göre evde bakım yardımcısı, satın alınan evde bakım hizmetlerinin %70-80'lik bölümünü sağlamaktadır. Evde bakım yardımcısı, hastalar bağımsızlıklarını kazanana dek onlara kişisel hijyen konusunda yardımcı olur. Ayrıca hafif ev işleri ile evle ilgili diğer hizmetleri de verir. Evde bakım yardımcısının vereceği hizmet, evde bakım hemşiresi ve ekibin diğer üyelerince hazırlanan plan doğrultusunda belirlenir. Bu kişilerin evde sağlık bakımına yardımcı olma konusunda mutlaka eğitilmiş ve deneyim kazanmış olmaları gerekmektedir. Bakım hizmetlerine yönelik politikadaki değişiklikler ve yaşlı bireyin toplum içinde yaşamını sürdürmesini destekleyen yaklaşımların büyük kısmı bakım veren aile üyelerinin varlığını temel almaktadır. Yaşlı bireyin toplum içinde yaşamasının sağlanması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi yaklaşımlarının sonucu olarak bakım veren aile üyelerine giderek daha fazla önem verilmektedir. Uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin destekleyici hizmetlerinin %85'inin aile bireyleri ve diğer yakınlar tarafından sağlanabildiği, sadece %15'inin dışardan talep edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Evde bakım işinin gerçekleşmesi, hastanın bu hizmeti almaya istekli olması ve yakınlarının da hastanın ihtiyaçlarını giderme konusunda rıza göstermesine bağlıdır. Ayrıca evde bakım verilecek hastanın psikolojik ve sosyal yönden güçlü bir destek sisteminin de olması gerekir. Çünkü aile üyeleri hastanın evde bakımında önemli bir takım görevler üstlenirler. Temelde bakım verecek kişiden üstlenmesi beklenen işlevler şunlardır:

1. Hastaya duygusal destek sağlamak,
2. Hasta ile ilgili gözlem yapmak,
3. Fiziksel destek sağlamak,
4. Ev işlerinin yürütülmesini sağlamak,
5. Tedavi planına katılmak,
6. Yardım istemek.

Bu işlevleri gerçekleştirebilmeleri için evde bakım veren aile bireyleri evde bakım ekibinin üyeleri tarafından, verilecek bakım konusunda bilgilendirilir ve yerine getirmeleri beklenen aktiviteler doğrultusunda eğitilirler. Bu süreçte eğitim verilen aile üyesinin öğrenim durumu, kültürel özellikleri, dil özellikleri, duygusal durumu ve anksiyete düzeyi etkili olmaktadır. Ayrıca bakım veren aile üyeleri, bakım sürecinde ortaya çıkabilecek sorunların erken fark edilebilmesi amacıyla, tehlike belirtileri konusunda da eğitilirler. Bu süreç sonrasında ise evde bakım ekibi, aile üyelerinin verdikleri bakımı değerlendirmek durumundadır. Bu değerlendirmede amaca göre değişen çeşitli ölçekler kullanılır. Bakımın olumlu ve olumsuz etkilerinin, bakım işlev ve becerilerinin, bakım verenlerin sağlığının, bakımın ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi, bakım verenlere sağlanan sosyal desteğin, bakım verenlerin tutum ve tercihlerinin ve verilen bakım ile ilgili diğer alanların

değerlendirilmesine yönelik ölçekler geliştirilmiştir. Örneğin, Yurt dışında yapılan bir araştırma sonucu geliştirilen Yetersiz Aile Bakım Kalitesi İndeksi'ne (Poor Family Care Quality Index) göre hastanın yeterli miktarda ve zamanında beslemesinin sağlanması, hastanın kişisel hijyenine (yıkama, giyinme, tarama) yeterli düzeyde yardımcı olunması, hastanın giysilerinin temiz ve düzenli olması, bakım veren aile üyesinin hastanın ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlaması, hastanın deri bütünlüğünün korunması aile bakımının değerlendirilmesinde kullanılacak temel kriterlerdir. Aile üyelerinin sağladığı bakımın değerlendirilmesi sonrasında gereksinimlere uygun olarak eğitimlere devam edilmelidir.

## 9.9.Evde Bakım Verenlerin Özellikleri

Evde bakımın en temel unsuru bakım verecek kişilerdir. Bakımın gerekli olduğu durumlarda eğer aile bireyleri, arkadaşlar, komşular gibi bakıcılar yoksa evde bakımın verilmesi mümkün değildir. Ekonomik yönden geri kalmış bölgelerde ve ülkelerde fonksiyonel olarak bir başkasına bağımlı kişiler için tek bakım kaynağı bu bakıcılardır. Gelişmiş ülkelerde de aileler ve/veya sağlık hizmeti sunanlar dışındaki bakıcılar olmadan evde bakımın sürdürülmesi olanaksızdır. Bakımın büyük kısmını üstlenmelerine karşılık bu kişilerin çoğunluğu sağlık bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim almamışlardır. Ayrıca hasta bakımı konusunda üstlendikleri rolün bir sonucu olarak kişisel, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar. Asıl mesleği evde bakım olan kişiler gibi bu kişilerinde büyük kısmı kadındır; Ayrıca bakım alanların büyük bir kısmını da kadınlar oluşturmaktadır. ABD'de evde bakım verenlerin %59 ile %75'i kadındır. Bu nedenle evde bakım bir kadın sorunu olarak da görülebilir. Hatta HIV/AIDS nedeniyle neredeyse yetişkinlerin tümünün hasta olduğu ve bakım ihtiyacı duyduğu Afrika ülkelerinde, HIV/AIDS "Nine Hastalığı" (Grandmother Illness) olarak isimlendirilmektedir. Çünkü bu ülkelerde hastalığa yakalanmayan sadece yaşlı kadınlardır ve hasta olan yetişkin aile üyelerine bu kadınlar bakım vermektedirler. Birçok ülkede kadınlar ücretlendirilmiş işgücü olarak çalışmalarının yanında ailede, toplumda ve komşular arasında gönüllü olarak bakım vererek "çifte yük" (double burden) taşımaktadır. ABD'nde kadınların sağladığı evde bakımın maliyeti yıllık 148 ile 188 milyar dolar arasında değişmektedir. ABD'de toplum içinde yaşayan yaşlıların %95'i bakıma ihtiyaç duymaktadır. Ancak yaşlıların %67'sinin bu ihtiyaçlarını sadece yakınları karşılamaktadır.

İngiltere'de 5,7 milyon kişi bakım vermektedir; her 6 haneden birinde bakım veren bir kişi vardır; bu kişilerin %58'i kadındır ve %47'si 45-64 yaş grubundadır. Kanada'da bakım verenlerin sağladıkları hizmetler yemek hazırlama, ev işleri, bahçe işleri, ulaşım gibi yardımcı günlük aktivitelerini sağlanması ile banyo yapmak, giyinmek günlük kişisel bakım yapılması gibi günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi şeklinde iki bölümde incelenmektedir. Bir diğer bakım şekli olan "destek olma" sürecinde (caring about) duygusal destek verme, kişinin moralini yüksek tutma, güven ve cesaret tazeleme çabaları bulunur. Ayrıca ziyaret ederek ve telefonla arayarak kişinin iyi olup olmadığını öğrenme çabaları da bu başlık altındadır. Kanada'da çok sayıda erkeğin de uzun süreli sağlık sorunları olan kişilere yardım ettiği saptanmıştır (toplam nüfus içinde kadın bakım verenler %14; erkek bakım verenler %10). Uzun süreli bakım gereksinimi olan kişilerin bakımını en fazla 45-64 yaş grubu kadınlar sağlamaktadır.



Giderek artan sayıdaki kişinin bir yakınına evde bakım vermek durumunda kalması bu kişilerin üstlendikleri sorumluluk ve görev nedeni ile sağlık ve tıbbi bakım bilgisine olan gereksinimlerini artırmaktadır. Bunun yanı sıra bu kişiler, toplumda kendilerine destek sağlayacak kaynakları öğrenmek ve kullanmak istemektedirler ve taşıdıkları yük nedeni ile de toplum tarafından desteklenmek ihtiyacındadırlar.

## **9.10.Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu**

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkelerde evde bakım hizmeti verilmektedir. Ancak evde bakım hizmetlerinin tıp biliminin gerçeklerine uygun bir biçimde evde bakım çalışanlarınca sağlanan evde bakım bileşeninin eklendiği, bu hizmetlerin sağlık hizmetleri kapsamına alındığı, sunumuna yönelik kanun ve düzenlemelerin yapıldığı, finansman sorunlarının çözüldüğü, hizmete özel personel yetiştirildiği ve uygun ekipman ve malzemeye erişimin mümkün olduğu ülke sayısı sınırlıdır. Bu ülkeler genellikle yaşlı nüfus özelliğindeki nüfusa sahip, kronik hastalıkların ve dolayısı ile yeti yitimi boyutunun yüksek olduğu gelişmiş ülkelerdir. Bu konuda en iyi iki örnek ABD ve Kanada'dır. ABD'de evde bakım hizmetlerini yapısal özellikleri farklı birçok kuruluşun sunduğu görülmektedir. Bu kuruluşlar arasında özel evde bakım kuruluşları hizmetin %40'ını, hastane destekli evde bakım kuruluşları ise %25'ini karşılamaktadır. ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları Sağlık Bakımı Finansman Yönetimi (The Health Care Financing Administration (HCFA)) tarafından karşılanmaktadır. Bu harcamaların büyük kısmı ise bu hizmetlerin esas karşılayıcısı olan "Medicaid" ve "Medicare" tarafından, kurumsal bakım için yapılmaktadır. "Medicare" federal hükümetin bütün yaşlıların ve bazı yeti yitimli gençlerin sağlık harcamalarını finanse eden bir sağlık sigortası programıdır. Gelir düzeyi düşük ailelere sağlık sigortası sağlayan "Medicaid" ise uzun süreli bakıma yönelik ulusal sağlık güvencesi ağıdır.1998'de "Medicaid" ülke çapında uzun süreli bakım için yapılan 150 milyar dolarlık harcamanın %40'lık bölümünü, kurumsal bakım için yapılan harcamanın ise %44'lük kısmını karşılamıştır. Ancak toplum içinde yaşayan ve uzun süreli bakım ihtiyacı olan her beş yetişkinden birinin evde bakım ihtiyacının karşılanmadığı bildirilmektedir. 1998'de evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri için yapılan harcamaların %40'ı "Medicaid" %26'lık bölümü ise cepten yapılan harcamalar ile karşılanmıştır. "Medicare'in karşıladığı hizmetler genelde kısa süreli rehabilitatif bakım hizmetleri ile hastanede en az üç günlük yatış sonrası yüz güne kadar verilen bakım hizmetleridir. Ayrıca "Medicare" eve bağımlı kişilerin yarı zamanlı uzman bakımının, fizik tedavi hizmetlerinin ve diğer tedavi edici hizmet gereksinimlerinin yanında, evde sağlık bakım yardımcıları tarafından gerçekleştirilen kişisel bakım hizmetlerinin ele ödemesini yapmaktadır. Evde bakım hizmeti sunan kuruluşların ülkenin bütününe homojen şekilde yayılmaması (kentsel bölgelerde daha yoğun) nedeni ile hizmetin kullanımının ülke içinde büyük değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir. Kanada'da sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar kamu tarafından finanse edilen genel sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Kanada'da evde bakım hizmetleri Kanada Medicare Sigorta Sistemi tarafından finanse edilir. Bu ülkede ABD'de olduğu gibi hizmetlerin ülke içinde homojen yayılmadığı, kamu/özel sektör oranının, yürütülen programların içerdiği hizmetlerin eyaletlere göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Örneğin Saskatchewan'da evde bakım hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü çok azdır. Kamu tarafından finanse edilen ve

yürütülen evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler hemşirelik bakımı, evişi hizmetleri, meşguliyet ve fizik tedavi hizmetleridir. Ontario’da ise evde bakım hizmeti sunan kurumlar içinde kamu ve özel sektör kuruluşlarının dağılımının ve hizmet içeriklerinin çok değişiklik gösterdiği görülmektedir. Ontario’da evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlere ve yemek hizmetinden evde bakım hemşireliği hizmetlerine kadar uzanmaktadır. Sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin farklı ellerden yürütüldüğü Kanada’da yaşlılar ve kronik yeti yitimi kişiler için birçok eyalette iki hizmet alanı arasında bağlantı kurulduğu görülmektedir. Bu hizmetler için yapılan harcamalar 1997 yılında Kanada sağlık harcamalarının %14.1’lik kısmını oluşturmuştur. Ancak Kanada’da hizmet gereksinimi olan kişilerin büyük kısmının bu hizmeti alamadığı, hastaneye yatan kişilerin %60’ının ise yarar görmediği ortaya çıkmıştır. Avrupa’da evde bakım hizmetlerinin durumuna bakıldığında evde bakım hizmetinin farklı düzeylerde de olsa tüm Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerde mevcut olduğu görülür. Bu hizmet Yunanistan ve Portekiz’de bölge hemşireliği ile kombine şekilde sunulmaktadır. Her ülkenin ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel bakımdan farklı olması evde bakım hizmeti sistemlerinin birbirinden farklı özellikler taşımasına neden olmaktadır. Bunun da ötesinde çoğu zaman aynı ülkede sağlık hizmetlerinde birden fazla örgütlenme ve finansman yöntemi de bulunmaktadır. Ancak temel modelin geleneksel olarak ev hizmetlerine yardım olduğu görülmektedir. Esas olarak evde yürütülmesi gereken bulaşıkların yıkanması, temizlik, alışveriş gibi günlük yaşam aktivitelerine destek sağlanması şeklindeki, pratik evde bakım hizmetlerinin yanında arkadaşlık, danışmanlık ve sırdaşlık şeklindeki duygusal gereksinimlere yönelik hizmetlerde verilmektedir. Avrupa Topluluğu ülkelerinin çoğunda evde bakım hizmetleri kamu hizmetidir. Çok az sayıda kar amaçlı kuruluş vardır. Ancak bütün üye ülkelerde bakım veren kişilerin sayısında giderek azalma görülmektedir. Danimarka’da her beş haneden birinde 65 yaş ve üzeri bir kişiye destek sağlanırken, Fransa’da 1/10, İrlanda’da 3/100, İspanyada 1/100, Portekiz’de ise 1/200 hanede bakıma gereksinim duyan yaşlıya destek sağlanmaktadır. Avrupa Topluluğu ülkeleri içinde en geniş evde bakım alt yapısının Danimarka, Hollanda ve daha az olarak İngiltere’de bulunduğu görülmektedir. Örneğin Danimarka’da bu sektörde istihdam edilenler 27 bin kişidir (65 yaş üzeri her bin kişiye 35 kişi); Almanya’da ise sadece 22 bin kişi bu sektörde çalışmaktadır (65 yaş üzeri her bin kişiye 2,4 kişi). Büyüyen gereksinimlere karşılık sunulan hizmetlerin yetersizliği bakım açığı (caregap) olarak adlandırılmaktadır. Bu durum bakım verilen ve veren kişilerin tolere edilemez boyutlarda stres yaşamalarına neden olmakta ve kendileri ayakta kalmakta güçlük çektikleri için verdikleri bakım sürdürülmesi olanaksız bir şekilde dönüşmektedir. Ayrıca hizmetlerin ülke içi dağılımındaki dengesizlikler de belirgin bir şekilde göze çarpmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile diğer toplum sağlığı hizmetleri arasında koordinasyon bulunmadığı da görülmektedir. Kamusal, özel ve gönüllü kuruluşların hizmetleri, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin birbirinden ayrı olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sigorta fonları ve genel vergilerden karşılanırken, sosyal hizmetlerin yönetimi ve finansmanı yerel yönetimler ve/veya gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu durum özellikle Belçika, Almanya, Hollanda ve İngiltere için büyük sorundur. İrlanda’da ise sağlık ve sosyal hizmetlerin yerel düzeyde aynı birim tarafından yönetilmesi nedeniyle sorun yaşanmadığı gözlenmektedir. Ülkelerin evde bakımı hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerine bakıldığında Avusturya, Almanya, Hollanda, İsrail ve Japonya’da evde bakım hizmetlerinin yasa kapsamına alındığı

görülmektedir. Bu beş ülkede evde bakım hizmetleri uzun süreli bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak Hollanda'da 1 Ocak 1968'den beri yürürlükte olan İstisnai Sağlık Harcamaları Kanunu (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, The Exceptional Medical Expenses Act) bu ülkelerarasındaki en eski yasal düzenlemedir. En yeni yasa ise 1 Nisan 2000'de Japonya'da kabul edilen Uzun Süreli Bakım Harcamaları Programı Kaigo Hoken'dir (Long-Term Care Insurances Programme ya da The Care Insurance Law for the Elderly). Japonya'da bütün düzenlemeler sağlık ve sosyal hizmetlerin bir parçası olarak değil, özel programlar olarak yürütülmektedir.

Sigorta güvencesi sağlayan birimin Avusturya'da Çalışma Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı, Almanya'da hastalık fonları ile bağlantılı bakım fonları, Hollanda'da Sağlık, Sosyal Yardım Bakanlığı, İsrail'de Ulusal Sigorta Enstitüsü, Japonya'da ise yerel yönetimler olduğu görülmektedir. Avusturya'da üç ve üzeri yaştaki herkesin, Almanya ve Hollanda'da toplumun tümünün, İsrail'de 60 yaş üzeri kadınların ve 65 yaş üzeri erkeklerin, Japonya'da ise 40 yaş üzeri kişilerin yasa kapsamına girdiği görülmektedir. Avusturya'da üç ve üzeri yaştaki bireylerin hizmetten yararlanabilmesi için yapılan sağlık ve fonksiyonel durum değerlendirmesinde, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki yeti yitimi esas alınmaktadır. Yeti yitiminin en az altı ay süreli bakımı gerektirmesi ön görülürken, 50 saat/ay destek ihtiyacı olması gereği aranmaktadır. Ancak körler/ağır görme kaybı olanlar, sağlıklar ve tekerli sandalyede oturanlar otomatik olarak yasa kapsamına girmektedir. Almanya'da iki veya daha fazla günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte yeti yitimi olan kişiler yasa kapsamına girmektedir. Özürlülüğün en az altı ay süreli bakımı gerektirmesi öngörülürken, 1,5 saat/gün destek ihtiyacı olması gereği aranmaktadır. Hollanda'da sağlık sorunu olması ve fonksiyonel olarak yeti yitiminin bulunması kişinin yasa kapsamına girmesini sağlamaktadır. İsrail'de günlük yaşam aktivitelerindeki yeti yitimi veya sürekli gözlem altında bulunma gereksinimi, günde en az 2 saat destek ihtiyacı olan ve yalnız yaşayan kişiler, yalnız yaşamayan ancak günde en az 2,5 saat destek ihtiyacı olan 60 yaş üzeri kadınlar ile 65 yaş üzeri erkekler yasa kapsamına girmektedir. Japonya'da 40-64 yaş grubunda ki kişilerden serebrovasküler hastalıklar veya senil demans gibi yaşa bağlı hastalıklar, 65 yaş üzeri grupta ise günlük yaşam aktivitelerini, kognitif ve duyuşsal fonksiyonları gerçekleştirmede güçlük çekilmesi kişilerin yasa kapsamına girmesini sağlamaktadır. Bu sorunlarda en az altı ay bakım gereği aranmaktadır. Ayrıca Japonya'da günlük yaşamında bağımsızlığın sürdürülememesi durumu olarak açıklanan yeti yitiminde minimum düzeyde yardıma ihtiyacı olan bireylere de bazı hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetler minimum yeti yitimli kişilerin var olan durumlarını sürdürmelerini ve altta yatan bazı nedenlerden dolayı kişilerin bu dengesinin bozulmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda evde bakım verenlere rehberlik amacını taşıyan periyodik ev ziyaretleri ve sağlık danışmanlığı hizmetleri vardır. Hollanda dışındaki diğer ülkelerde bakım ihtiyacı olan kişinin ailesinde bakım için uygunluk ve sağlanacak aile desteğinin boyutu göz önünde bulundurulmamaktadır. İsrail dışındaki diğer ülkelerde de gelir ortalaması değerlendirmesi yapılmamaktadır. Bu ülkede bireyin hizmetlerin tümüne erişebilmesi için gelirinin ortalamasının üzerinde olmaması gerekmektedir. Çiftler için ise bu değer ortalamasının 1,5 kat üzerinde olmaması gereği aranmaktadır. Bu ortalamanın üzerinde geliri olan kişiler, yapılan harcamalara gelirleri ölçüsünde katılmaktadırlar. Ayrıca Hollanda'da psikososyal durum, evin

ve çevresinin koşulları, sağlanacak formal bakımın tipi ve düzeyi de göz önüne alınmaktadır. İsrail’de kişinin yalnız yaşamasına, evde bakım hizmetlerine uygunluk değerlendirilmesi yapılırken artı puan verilmektedir. Bireyin hizmeti almaya uygunluk durumunun değerlendirilmesi amacıyla Avusturya, İsrail, Japonya’da ülke çapında aynı ortak form kullanılırken, Almanya’da yapılandırılmış, bölgelere göre değişebilen bir form, Hollanda’da ülke çapında ortak ayırt edici bir protokol kullanılmaktadır. Uygunluk düzeyinin belirlenmesinde Hollanda dışındaki tüm ülkelerde gerek duyulan bakım süresini esas alan bir değerlendirme yapılmaktadır. Örneğin Avusturya’da bir ay içinde gereksinim duyulan bakım süresi 50 saatten 180 saate kadar yedi düzeyde gruplanmaktadır. Hollanda’da ise belirli bir düzey belirlenmemekte, doğrudan bireyin ihtiyacı olan bakım düzeyi ortaya konulmaktadır. Kişinin evde bakım hizmeti almaya uygunluk durumunun ve gereksinim duyulan bakımının düzeyinin belirlenmesi Avusturya’da Sağlık Sigorta Kuruluşu tarafından yapılırken, Almanya’da Tıbbi Komite (Medical Board), Hollanda’da Bölge Değerlendirme Komitesi, İsrail’de Ulusal Sigorta Enstitüsü, Japonya’da ise yerel yönetimler bu işlevi üstlenmiştir. Bu işlev Avusturya’da hekimler, Almanya’da hekimler ve hemşireler, Hollanda’da hekimler, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan multidisipliner bir ekip, İsrail’de hemşireler, Japonya’da ise vaka yöneticileri tarafından yerine getirilmektedir. Avusturya, Almanya, Hollanda ve Japonya’da kurumsal bakım, evde bakım, gündüz bakımı hizmetleri bu kanunlar kapsamındadır. İsrail’de kurumsal bakım hizmetleri bu kanun kapsamına girmemektedir. Ayrıca Almanya’da ayrıca bakım verenlere dinlenme olanağı sağlayan kısa süreli kurumsal bakım hizmeti (respitecare), bakım ihtiyacı olan kimselerin gece bakılmalarını sağlayan gece merkezleri (night centers) ve destekleyici aletlerin sağlanması bu kapsama girmektedir. Hollanda’da evde hemşirelik hizmetleri, bakım verenlere dinlenme olanağı sağlayan kısa süreli kurumsal bakım hizmeti ve rehabilitasyon hizmetleri de bu kapsamdadır. İsrail’de erişkin alt bezi (absorbent undergarments) sağlanması, çamaşırhane hizmetleri ve acil alarm sistemleri bu kapsama girmektedir. Japonya’da bakım verenlere dinlenme olanağı sağlayan kısa süreli kurumsal bakım hizmeti, hemşire ziyaretleri, destekleyici aletlerin sağlanması, rehabilitasyon hizmetleri, ev adaptasyonları ve tıbbi gözlem hizmetleri bu kapsamdadır.

### **9.11. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Verilme Durumu**

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 41. maddesi aileyi korumayı hedeflemektedir. Bu maddede “Aile Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.” denilmektedir. Anayasanın 61’inci maddesi ise yaşlıların ve yeti yitimi olan özürülülerin korunmasına yöneliktir. Ayrıca 8. Kalkınma Planı’nın 734. maddesi de ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirileceği bildirilmektedir.

Türk toplumu demografik yönden dönüşüm yaşayan bir toplumdur. Sosyal, siyasal, ekonomik ve sağlıkla ilgili birçok faktörün oluşturduğu etki sonucunda nüfus ve toplumun yapısı da değişmektedir. Bu dönüşüm toplumun sağlık sorunlarında da farklılaşmalara neden olmaktadır. Çocukluk çağı sorunları ve bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık sorunlarının önemi

azalırken, kronik hastalıklar öne çıkmaktadır. Bu nedenle genç nüfusun ve üreme çağındaki kadınların sağlık sorunlarına odaklı olan sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı azalırken, beklenen yaşam süresinin artışına bağlı olarak yaşlı nüfusun payı artmaktadır. 2000 yılı itibarıyla %5,3 (3,5 milyon kişi) olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2025 yılında %10’a, 2050’de ise %19’a ulaşacaktır. Toplumun yaşlanmasının bir diğer göstergesi de toplumun ortanca yaşıdır. Türkiye’de son 55 yılda toplumun ortanca yaş değeri 1 yaşartmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre Türkiye’de yaşlı nüfusun %90’ında bir, %35’inde iki, %23’ünde üç, %15’inde dört ve daha fazla hastalık olduğu bildirilmektedir. İleri yaş döneminde çocukluk çağı hastalıklarından farklı olarak önlenmesi güç, süregelen karakterli ve tedavisi zor, uzun süreli bakımı gerektiren ve dolayısı ile maliyetli hastalıklar olan kronik ve dejeneratif hastalıklar görülmektedir. Bu hastalıklar bütün ölüm nedenleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye’de ölümlerin %40,6’sı kalp hastalıkları, %11,6’sı kanserler ve %6,8’i serebrovasküler hastalıklara bağlı olarak meydana gelirken, 65 yaş ve üzeri grupta mide-barsak ve akciğer kanserleri, serebrovasküler hastalıklar, inmeler, iskemik kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kazalar en sık ölüm nedenleri olarak görülmektedir. 65 yaş ve üzeri grupta kazalara bağlı ölümler toplam nüfusa göre üç kat fazladır; ölümlerle sonuçlanan 10 kazadan 6’sı ev içinde oluşan düşmelere bağlı olarak meydana gelmektedir. Ayrıca Türkiye’de 150 bin kişi kazalar ve hastalıklar nedeniyle sakat kalmakta veya sakat doğmaktadır. 3 Aralık 2000 Dünya Özürlüler Günü’nde bildirilen verilere göre Türkiye’de 7,5 milyon özürlü yaşamakta, bu kişiler toplam nüfusun %12’sini oluşturmaktadır. Türkiye genelinde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi’ne (1997) göre ise hipertansiyon prevalansı %30,1, diyabet prevalansı %7,2’dir. Ankara Gülveren Bölgesi’nde yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı erkeklerde %12,3, kadınlarda ise %18,6 olarak bulunmuştur. Türkiye’de astım, bronşit ve amfizem tanısı ile hastanelere yılda 75 bin kişi yatmakta ve bunlardan bini muhtemel solunum yetmezliği ile ölmektedir. Akdeniz Osteoporoz Çalışmasına (Mediterranean Osteoporosis Study (MEDOS)) göre Türkiye için kalça kırığı sıklığı 50 yaş üzeri nüfusta on binde 4,6 olarak bulunmuştur. Kronik kan hastalıklarından talasemilerin sıklığı Türkiye’nin güney bölgelerinde %2-8 arasındadır. Bakım gerektiren yaşlı nüfusun artışının yanı sıra kronik hastalıkların ve kazalara bağlı yeti yitiminin giderek önem kazandığı Türkiye’de de bütün dünyada olduğu gibi bu sağlık sorunlarını yaşayan kişilerin bakımını temel olarak kadınlar üstlenmektedir. Ancak son yıllarda toplum yapısındaki değişimler, bakım veren konumundaki kadınları da etkilemektedir. Türkiye nüfusunun 2000 yılı itibarıyla artık %64,9’unun il ve ilçelerde yaşadığı aile yapısının çekirdek aileye dönüştüğü, kadınların giderek daha fazla iş yaşamına katıldığı görülmektedir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre kadınların %35’i çalışmaktadır ve Türkiye’de ailelerin %79,7’si çekirdek ailedir. 1992 Türk Aile Yapısı Araştırması’nda yaşlıların %36’sının çocukları ile yaşadığı, %66’sının ayrı yaşadığı saptanmıştır. Sahip olunan çocuk sayısını azaldığı, genç nüfusun öğrenim düzeyinin yükseldiği, kadınlar arasında okullaşma oranının arttığı görülmektedir. Bu durum bakım ihtiyacı olanlara doğal bakım veren kişi olarak görülen kadınların, giderek bu işlevlerini gerçekleştirmekten uzaklaştıklarını göstermektedir. Huzurevleri ile Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği (21.02.2001 tarih 24325 sayılı yasa) ile yürürlüğe giren esaslar çerçevesinde “60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak, bakmak, sosyal, psikolojik ve fiziksel gereksinim

duyanlara bakım ve rehabilitasyon hizmeti vermekle yükümlü “olarak Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü gösterilmiştir. Bu yönetmelik yaşlılara yönelik sosyal hizmet, sağlık hizmeti, fizyoterapi hizmeti ve beslenme hizmeti ile ilgili görevleri içermektedir. Ayrıca huzurevleri ile ilgili bazı maddeler de bu yönetmelikte bulunmaktadır. Bu yönetmelik işe Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nün hedef kitlelerinden birinin muhtaç ve kimsesiz yaşlılar olduğu görülmektedir. Topluma yönelik hizmetler kapsamında Türkiye’de yaşlılara yönelik sadece yedi Yaşlı Dayanışma Merkezi vardır. Yaşlılara sağlanan kurumsal bakım hizmetleri kapsamında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve diğer bazı kuruluşların kurdukları 180 huzurevinin kapasitesi ise 16.368’dir. Buna göre 65 yaş ve üzeri yaklaşık her 214 yaşlıya bir yatak düşmektedir. Ayrıca yeti yitimi olan bireylere yönelik Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde yer alan 30 adet yataklı kuruluş bulunmaktadır. Bu kurumlardan hizmet alan 2.116 kişi vardır. Buna göre her 3.730 yeti yitimi olan kişiden bir tanesine kurumsal bakım hizmeti verilebilmektedir. Bu saptamalar ülkemizde yaşlı ve özürlü kişilerin bakımının toplum içinde yakınları tarafından sürdürüldüğünü düşündürmektedir. Belediyeler Kanunu’nun İkinci Fasıl 15. maddesinin 34. fıkrasından yola çıkarak belediyeler, yoksul ve kimsesizlere çeşitli sağlık ve sosyal yardım hizmetleri sağlamaktadır. Ayrıca belediye meclisinin alacağı kararlarla yaşlı ve özürlülere yönelik hizmetler sunulabilmektedir. Fakat belediyelerin gerek yasal dayanak, gerek mali gerekse insan gücü olanaklarının kısıtlılığı nedeni ile yaşlılara ve özürlülere verilecek hizmetler konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Türkiye’de ülke genelinde hastane yatak kullanım oranı %59’dur. Bunun yanında büyük illerdeki hastanelere hasta akımı sürmekte, hastalar bu kurumlarda tedavi görebilmek için uzun süreler beklemektedir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık alanında yapılan harcamaların büyük kısmının yataklı tedavi kurumları tarafından yapıldığı görülmektedir. 2002 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı bütçesinin %57’si Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü kullanmıştır. Ayrıca toplam sağlık harcamalarının %24’ü yatarak yapılan tedavilerde harcanmaktadır. Hastanelerde yatış verilen kişilerin bir kısmının ülkede evde bakım hizmeti bulunmaması nedeniyle hospitalize edildiği, bu durumun yataklı tedavi kurumlarının harcamalarını artırdığı söylenebilir. Ayrıca bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de gelişen tıbbi tekniklere bağlı olarak özellikle cerrahi alanlarda hastaların geçmiş dönemlere göre daha kısa sürede taburcu edildikleri, günlük cerrahi girişimlerin arttığı görülmektedir. Bu nedenle bir kısmı hastanın mutlaka bakım ihtiyacı nedeni ile hastanelerde uzun süreli yatarak bakıldığı, bir diğer grubun ise yeni hastalara yer açabilmek amacı ile bakım ihtiyacı olduğu halde erken dönemde taburcu edilmektedir. Ülkemizde, hasta ve ailesinin de katılımıyla verilen, genel sağlık sistemine entegre edilmiş koruyucu, tedavi ve rehabilite edici nitelikte, eğitilmiş sağlık personeli tarafından özürülük esas alınarak sunulacak evde bakım hizmeti Türk toplum yapısına uygun bir sistem olmasına, bugüne kadar verilememiştir. Toplumun demografik yapısında ve sağlık sorunlarının örüntüsündeki değişimler devletin bakım gereksinimi olan kişilere ve bakım verenlere yönelik hizmetleri sağlaması gereğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle ülkemizde aile bireyleri yakınlar ve komşuların sağlamakta olduğu evde bakım hizmetlerini destekleyen, bakım verenlerin yüklerini azaltan, ihtiyaç duydukları profesyonel hizmetleri de bakım alanlara ve verenlere ulaştıran kamu destekli bir evde bakım sistemi kurulmalıdır. Bu hizmetlerin genel sağlık hizmetleri ile entegre edilmesi ve temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması uygun olacaktır.



## Uygulamalar



## **Uygulama Soruları**

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Gereken tıbbi ekipman, malzeme ve personelin bulunması durumunda her türlü sağlık sorunu bulunan kişiye evde bakım verilebilir. Genel sağlık sisteminden farksız olarak evde bakım sisteminde de koruyucu, tanı, koyucu, tedavi ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin yanında günümüzde giderek önemi artan uzun süreli bakım ve hospiz bakımından söz edilmektedir.

## Bölüm Soruları

1) Evde bakımın olumlu yönlerinden biri .....enfeksiyonlarından korunulmasıdır.

- a) Bakteri
- b) Hastane
- c) Viral
- d) Mantar
- e) Maya

2) Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonellerin bulunmayışı da evde bakımın hastane bakımı karşısındaki dezavantajı olarak görülebilir.

- a) Profesyonellerin
- b) Annenin
- c) Babanın
- d) Kardeşin
- e) Bakıcının

3) Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının .....'inci maddesi yaşlıların ve organ yetersizliği olan özürülerin korunmasına yöneliktir.

- a) 57
- b) 58
- c) 59
- d) 60
- e) 61

4) “Huzurevleri ile Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” hangi tarihte yürürlüğe girmiştir?

- a) 2000
- b) 2001
- c) 2002
- d) 2003

e) 2004

5) Türkiye’de 60 yaş ve üzerindeki muhtaç yaşlıları korumak ”Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” Genel Müdürlüğü gösterilmiştir.

a) Kızılay

b) AFAD

c) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

d) Dünya Sağlık Örgütü

e) Gıda Tarım ve Köy İşleri

**Cevaplar:** 1)b 2)a 3)e 4)b 5)c

**10. SAĞLIKLİ YAŞLANMA İÇİN ÇEVRE VE YAŞLILIK DÖNEMİNDE  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 10.1** Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre
- 10.2.** Ülkemizdeki Durum
- 10.3.** Aktif Yaşlanma

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Sağlıklı yaşlanma için çevre	Yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi	



## **Anahtar Kavramlar**

Sağlıklı yaşlanma ve evre

## **Giriş**

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

## 10.1.Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre

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

Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür.

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

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

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

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

Yaşlılıkla birlikte, bireylerin çevresel etkilenime karşı duyarlılığı artmaktadır. Konakçı savunma mekanizmasının zayıflaması; fizyolojik işlevlerde azalma; vücut bileşimindeki değişiklikler bunda rol oynamaktadır. Bunların sonucunda akut ya da kronik hastalıklar ortaya çıkmakta, ruh sağlığı sorunları ve yaralanmalar görülebilmektedir.

Akut ya da kronik bir hastalığın olması çevresel kirleticilere karşı dayanma gücünü de azaltmaktadır.

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

Yaşlılığa vurgu yapmak üzere Birleşmiş Milletler tarafından 1983 yılında, yaşlanma konusunda hükümetler ve toplumların kapasitesini güçlendirmek amacıyla “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” hazırlanmıştır.

Bu eylem planı yaşlanma konusunda oluşturulmuş ilk uluslararası araç olup yaşlanma konusundaki politika ve programlar için bir rehber niteliğindedir. Eylem planında yer alan başlıklardan biri de “Barınma ve Çevre” başlığıdır.

Planda, insanların yeterli barınma ve iyi çevre koşullarına sahip olmasının tüm ülkelerde ve tüm yaş grupları için yaşam kalitesini etkileyen önemli bir durum olarak kabul gördüğü ifade edilmiştir. Ayrıca; barınmanın sürekliliğinin yaşlılar için daha da önemli olduğu, mekânların yaşlı aktivitelerinin merkezini oluşturduğu; eve uyum, günlük yaşam için ev içi uygulamalar, evde kullanılan araçların kolay kullanımı sağlayacak biçimde düzenlenmesinin, morbiditeyi azaltacağı gibi, yaşlıların kısıtlılıklarıyla yaşamalarını kolaylaştıracağı vurgulanmıştır.

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

Yaşlılar ve yaşlılığa olan ilgi sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Yaşlı Dostu Çevre Programı” oluşturulmuştur.

Yaşlı Dostu Çevre Programı, toplumlarda aktif ve sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunan çevresel ve sosyal faktörleri ele alan uluslararası bir girişimdir. Kentlerin ve toplumların yaşlı dostu haline getirilmesi, nüfusun yaşlanmasına karşı yanıt oluşturabilmek için en etkili politika yaklaşımlarından birisidir. Bu yaklaşım “Yaşlı Dostu Kentler” kavramının doğmasına neden olmuştur.

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

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

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

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

Sağlıklı yaşlanma için temiz bir kent çevresi sağlanmalıdır. Çevredeki gürültü ve rahatsız edici kokular önlenmelidir.

Bakımlı, güvenli, yeterli oturma yerleri ve tuvaleti bulunan yeşil alanlar oluşturulmalıdır. Açık alanlarda, parklarda, duraklarda, kamuya açık alanlarda bakımlı, düzenli aralıklarla konulmuş oturma yerleri tasarlanmalıdır.

Kaldırımlar yaşlıların rahatlıkla hareket etmesini sağlayacak biçimde yapılmalı, dar, engebeli, hasarlanmış ve kenarları yüksek olmamalı; geniş, düz, alçak, kaymayan özellikte, tekerlekli sandalye geçişine uygun olmalıdır.

Kaldırımların satıcılar, araçlar, ağaçlar vb. tarafından daraltılması önlenmeli, buralar yalnızca yayaların kullanımına ayrılmalıdır.

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

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

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

Bina tasarımında asansör, yürüyen merdiven ve rampalar yer almalı; kapılar ve geçişler geniş yapılmalıdır.

Merdivenler uygun yükseklik ve genişlikte olmalı ve korkuluk bulunmalıdır. Yüzeyler kaygan olmamalıdır. Kamuya açık bina içlerinde dinlenme alanları düzenlenmeli, bilgilendirici ve yol gösterici tabelalar uygun biçimde yerleştirilmelidir. Bina içlerinde ulaşılabilir yerde ve yeterli sayıda tuvalet bulunmalıdır. Konutlarda yangınlara karşı koruyucu önlemler alınmalıdır. Bina içi aydınlatma yeterli olmalı, düğmesiz, sensörlü aydınlatma tercih edilmelidir.

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

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

Kent içi ve dışını kapsayan iyi bir ulaşım ağı olmalıdır. Toplu taşıma araçları tüm yaşlılar için ulaşılabilir olmalıdır.

Toplu taşımadan nasıl yararlanılabileceği, araç zamanları ve güzergâhlar konusunda yaşlılar bilgilendirilmelidir.

Toplu taşıma gece ve hafta sonunu da kapsayacak biçimde sürekli ve düzenli; aynı zamanda uygun fiyatlı olmalıdır. Toplu taşıma güzergâhları yaşlıların hastaneler, sağlık merkezleri, parklar, alışveriş merkezleri, bankalar gibi noktalara ulaşmasını sağlamalıdır. Farklı ulaşım seçenekleri arasında geçiş sağlanmalıdır: Şehirlerarası otobüsten ya da trenden şehir içi otobüse geçiş gibi. Toplu taşıma araçları yaşlıların rahatlıkla kullanabilecekleri biçimde tasarlanmalıdır. Araçlardaki basamaklar uygun yükseklikte yapılmalı, tekerlekli sandalye ile araca binmeyi sağlayacak düzenek olmalıdır. Araç içinde yaşlıların oturması için yerler ayrılmalı, bununla ilgili görsel ve sesli uyarılar yapılmalıdır. Koltukların yükseklik ve genişliği uygun olmalıdır. Araç numaraları ve güzergâh, araç üzerinde kolay görünür biçimde yer almalıdır. Gerekli yerlerde yaşlılara özel servis araçları konulmalıdır. Sürücüler nazik olmalı, trafik kurallarına uymalı, yaşlıların biniş ve inişlerinde uygun hızda hareket etmeye özen göstermelidir.

Araçlar güvenli olmalı, aşırı kalabalık olmamalıdır. Duraklar yakın konumlandırılmalı, duraklarda oturacak yerler bulunmalıdır. İstasyonlarda asansör, uyarı levhaları, tuvalet yer almalıdır. Gelir düzeyi düşük yaşlılar için taksilerde indirimli ücret uygulanması da ulaşım olanaklarının artırılması için önerilen bir yöntemdir. Özel aracını kullanan yaşlılar için park yerleri ayrılmalıdır.

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

Yaşlı uyumlu konut projeleri hayata geçirilmelidir. Evler rahat hareket etmeyi sağlayacak, ev içi kaza riskini en aza indirecek biçimde tasarlanmalıdır. Yaşlıların karşılaştıkları kazaların yarıya yakını çevresel etkenlere bağlıdır.

Konutlarda özellikle banyolarda zemin kaygan olmamalı; zeminde takılmaya, tökezlemeye neden olacak yapılar bulunmamalıdır. Elektrik düğmeleri uygun yüksekliğe konulmalıdır. Konutlarda yaşlılar için özel düzenlemelere gereksinim vardır: Rampa, trabzan, tekerlekli sandalye geçişine izin verecek genişlikte kapılar, alçak dolaplar ve tezgâhlar, banyo ve tuvalette tutunma barları ve tekerlekli sandalyeye uyumlu düzenekler gibi.

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

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

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

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

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

## **10.2.Ülkemizdeki Durum**

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

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

Ülkemizdeki kültürel yapı nedeniyle, yaşlıların yakınlarının yanında barınması yaygın olmakla birlikte, aile tipinin giderek çekirdek aile tipine kayması, gelecekte bu konuda sorunun boyutlarının artacağını düşündürmektedir.

Yakınların yanında zorunluluk sonucu kalan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi de tartışılabilir.

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

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

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

Ülkemizde var olan huzurevi sayı ve kapasiteleri ülke nüfusu göz önüne alındığında sayı ve kapasitesinin yetersiz olduğunu söylemek mümkündür. Ancak bu sayıyı yorumlarken, huzurevlerinin “bakıma muhtaç yaşlılar” gözetilerek yapıldığını da anımsamak gerekmektedir.

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

Yaşlıların toplu taşıma araçlarından ücretsiz yararlanması bazı yerel yönetimler tarafından uygulanmaktadır.

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

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

Yaşlılık sorunlarının belirlenmesi ve izlenmesinde yaşlı sağlığı ile ilgili kayıt ve sevk sisteminin önemi büyüktür.

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

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

Benzer biçimde yaşlılık ve ergonomi konusunda yapılmış çalışma sayısı da çok yetersizdir.



Evde kazalara yol açabilecek koşulların belirlenerek ortadan kaldırılması değerli bir çalışma yöntemi olabilir.

Bu konuda aile bireylerinin katkısı gerekir. Denetim listeleri kullanılarak evlerdeki riskler belirlenip gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir. Denetim listeleri en önemli ergonomik değerlendirme ve uygulama araçlarından birisidir.

Yaşlı sağlığı/sağlıklı yaşlanma ile çevre arasındaki bağın doğru biçimde kurulabilmesi için, konunun çevresel risklerden hareketle değil “yaşlılar için çevre sağlığı” yaklaşımı ile ele alınması bütüncül yaklaşımı sağlayacaktır.

Bu anlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak “Yaşlılar İçin Çevre Sağlığı Eylem Planı”, çevrenin tüm bileşenlerine yaşlılık penceresinden bakmayı, uygulamalar geliştirmeyi olanaklı kılacaktır. Böylelikle sağlıklı yaşlanma için çevresel düzenlemelerdeki eksiklikler ortaya konulabilecek, eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılabilir.

### **10.3. Aktif Yaşlanma**

Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır.

Eğer yaşlanma olumlu bir deneyimse, daha uzun bir hayat; sağlık, katılım ve güvenliğe yönelik fırsatların devam etmesi eşliğinde olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü, 1990’ların sonlarına doğru bu vizyonu gerçekleştirme sürecini açıklamak için “aktif yaşlanma” kavramını benimsemiştir. Bu kavram yaşlılıkta sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerin de ifadesidir.

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

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

İleri yaşlarda sağlık söz konusu olduğunda, yapılan çalışmalar sosyal bağlılığın bilişsel işlevleri devam ettirmede doğrudan etkisinin olduğunu, hastalıklardan korunmadaki koruyucu

etkisine ek olarak, kronik hastalıklardaki stres ile başa çıkmada yardımcı olduğunu göstermiştir. Yaşlıları ayrımcılıktan koruyan ve toplumda aktif bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlayan sosyal değerler ile dayanışma ağlarının korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması, sağlıklı bir toplum oluşturmaya yönelik politikalar geliştirilmesi ve bu politikaların sağlık etki değerlendirmelerinin yapılması da önemlidir. Sağlık çalışanlarının yaşlılara hizmet vermelerini sağlayacak şekilde eğitilmesi ve yönlendirilmesi ile yaşlıların evlerinde ziyaret edilmesi sağlık hizmetlerine ulaşmalarını ve kullanımlarını kolaylaştıracaktır. Yaşlıların toplum içinde yaşamasına olanak sağlayacak bakım hizmetlerinin geliştirilmesi de sağlanmalıdır. Toplumda sağlıklı bir yaşlanmayı gerçekleştirmek için davranış değişikliğine yönelik müdahaleler her yaş kesimine yönelik yapılmalıdır.

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

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

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

Avrupa Birliği tarafından, aktif yaşlanmayı teşvik etmeyi amaçlayan birçok girişim başlatmıştır. Bunlar; Avrupa İstihdam Stratejisi, Avrupa Sosyal Fonu, PROGRESS (sağlıklı, aktif ve saygın yaşlanmayı destekleyici ve sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri ve uzun dönemli

bakım hizmetlerinin ve faydalarının etkinlik ve verimliliğinin artırılmasına yönelik yenilikçi politikalar), Grundtvig Programı (bilginin sürekli yenilenmesi neticesinde oluşan gereksinimlerin karşılanması, yetişkin kişilere yaşamları boyunca, bilgi ve niteliklerini geliştirmek için olanaklar sunarak istihdam olanaklarını artırılması ve toplumda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamalarının kolaylaştırılması) ve “Avrupa Bilgi toplumunda iyi yaşlanmak Eylem Planı”dır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün “aktif yaşlanma” kavramını geliştirdiği benzer zamanlarda Amerika Birleşik Devletleri’nde “başarılı yaşlanma” görüşü (Rowe ve Kahn 1998), yaşlanmanın kaçınılmaz hastalık ve çöküş ile ilgili olması gibi geleneksel yaşlanma klişelerine bir cevap olarak ortaya çıkmıştır. Rowe ve Kahn başarılı yaşlanmayı, hastalık ve maluliyet olmaması, bilişsel ve fiziksel fonksiyonların devam etmesi ve yaşamla bağlantılı olmak (bağlantılı olmayı da hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantılı olarak kullanmaktadır) olarak tanımlamaktadır.

Buradaki ana vurgu başarılı yaşlanmanın, bireylerin hayat tarzı seçimleri ve sağlık tutumlarının üzerinde kontrolleri olduğudur. Rowe ve Kahn’a göre, sağlıklı davranışlar başarılı yaşlanmaya giden yoldur. Kişinin nasıl yaşlanacağı genetik olarak değil, bireylerin yaşam tarzlarıyla belirlenmiştir. Yine de, en azından orta yaşta sağlıklı tutumların, sosyal konum, kültür ve finansal sınırlamalardan etkilendiği bilinmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün “Yaşlı Dostu Kentler” girişimi 2006 yılında başlamıştır. Farklı kıtalardan 33 şehrin katılımıyla aktif ve sağlıklı yaşlanmayı destekleyecek temel kentsel bileşenler belirlenmiş ve sonuçta “Küresel Yaşlı Dostlu Kentler Rehberi” oluşturulmuştur. İstanbul bu projeye katılan şehirlerden biridir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Haziran 2010’da “Küresel Yaşlı Dostu Kentler Ağı” kurulmuştur. Yaşlıların kapasiteleri ve verebileceklerini gören, yaşa bağlı ihtiyaçlarına ve tercihlerine karşılık veren, kararları ve yaşam tarzlarına saygı gösteren, savunmasız olanları koruyan, toplum yaşamının her alanına katılmalarını teşvik eden; politika, hizmet, oluşum ve yapıların bulunduğu kentler “Yaşlı Dostu Kent” olarak tanımlanmaktadır. Aktif yaşlanma yaşam boyu süren bir süreç olduğundan yaşlı dostu kentler bu sürecin her aşamasına katkı sağlamaktadır. Yaşlı dostu kentlerin ilgilendikleri temel alanlar; dış mekânlar ve binalar, ulaşım, konut, sosyal katılım, toplumsal yaşamaya dâhil edilme ve saygı, vatandaş olarak katılım ve istihdam, bilgi edinme ve iletişim, toplum desteği ve sağlık hizmetleridir. Kalkınma Bakanlığı’nın genel koordinasyonunda Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı tarafından yürütülen 2011 Yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı çerçevesinde “Yaşlı Dostu Kenti Amasya” projesi yapılmış ve raporu da yayınlanmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu 2010 yılı verilerine göre; ülkemizde ortanca yaş 29.2 ve yaşlı bağımlılık oranı %10.8’dir. Bu genç ve dinamik bir nüfusa karşın, mevcut yaşlı nüfusun ekonomik, kültürel ve sosyal alanlarda aktif katılımlarının yeterli olmadığı görülmektedir. Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı

nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre 2000-2050 arasında yaş gruplarının toplam nüfus içerisinde yüzdesel değişimi incelendiğinde, yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarına nazaran belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir.

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

Aktif yaşlanma kavramındaki “aktif” kelimesinin sadece iş gücü piyasası için kullanılmadığını yeniden hatırlatmak gerekirse, ülkemizdeki yaşlıların ihtiyaçları, tercihleri ve yapabilirlikleri doğrultusunda gerek çalışma hayatı, gerekse gönüllü aktiviteler yoluyla toplumsal hayata etkin olarak katılımlarının sağlanması hedeflenmelidir.

Yaşlılarımızın çalışma hayatına ve gönüllü aktivitelere katılmasını özendirici ve üretkenliklerini artırıcı bir yapının düzenlenmesi bu hedefe ulaşılması için son derece önemlidir.

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

Sağlık Bakanlığı’nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi faaliyetlerine 2009-2013 yıllarını içeren İkinci Beş Yıllık Eylem Planı’nda koruyucu ve temel sağlık hizmetleri

içerisinde “halkın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek” stratejik amaç olarak belirlenmiş ve “daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak” hedefine geniş yer verilmiştir. Bu amaçla; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 2008 yılında “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” ve “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır. Kasım 2011’de ise Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ile bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek amacıyla “Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planını içeren “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2008”, “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2009 - 2013)”, “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014)” Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)” oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından ayrıca kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele çalışmalarını desteklemek üzere “Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010”, halkın sağlık bilincinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimlerini yürütecek eğitimciler için eğitim modüllerini içeren “Yaşlı Sağlığı Modülleri”, “Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programları” oluşturulmuş, yaşlı sağlığını geliştirmeye yönelik beslenme, tütünle mücadele, fiziksel aktivite, hastalıklarda beslenme ve obezite bilgi serileri başta olmak üzere rehber kitaplar yayınlanmıştır. Ayrıca ülkemizde sivil toplum kuruluşları tarafından yaşlıların sağlığını geliştirmeye yönelik kitaplar yayınlanmakta, bu kuruluşlar yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmakta sempozyum, kongre ve toplantılar düzenlemektedirler.

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

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

## **Uygulamalar**

## **Uygulama Soruları**

## **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

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



## Bölüm Soruları

1) Yaşlılığa vurgu yapmak üzere Birleşmiş Milletler tarafından.....yılında, yaşlanma konusunda hükümetler ve toplumların kapasitesini güçlendirmek amacıyla “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” hazırlanmıştır. Eylem planında yer alan başlıklardan biri de “Barınma ve Çevre” başlığıdır.

- a) 1963
- b) 1973
- c) 1983
- d) 1993
- e) 2003

2)“Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı’nın da.” Yer alan başlıklardan biri de “.....” başlığıdır.

- a) Barınma ve beslenme
- b) Barınma ve çevre
- c) Barınma ve eğlenme
- d) Barınma ve bakım
- e) Barınma ve konaklama

3) Birleşmiş Milletler tarafından ..... yılında “Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” kabul edilmiştir.

- a) 2002
- b) 2005
- c) 2007
- d) 2009
- e) 2011

4) Yaşlılar ve yaşlılığa olan ilgi sonucunda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Yaşlı Dostu Çevre Programı” oluşturulmuştur.

- a) Yaşlı Dostu Ev Programı
- b) Yaşlı Dostu Egzersiz Programı

c) Yaşlı Dostu Sandalye Programı

d) Yaşlı Dostu Çevre Programı

e) Yaşlı Dostu Araba Programı

5) Aşağıdakilerden hangisi Ülkemizdeki yaşlı dostu kentlerden biri değildir?

a) İstanbul

b) İzmir

c) Amasya

d) Kastamonu

e) Erzurum

**Cevaplar:** 1)c 2)b 3)a 4)d 5)e

## **11.BEDENSEL ETKİNLİK VE YAŞLILIK**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

Bedensel Etkinlik ve Yaşlılık

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılıkta bedensel etkinlik	Fiziksel aktivite ve egzersizin önemi	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılarda fonksiyonel kapasiteyi artırma

## **Giriş**

Yaşlılarda fonksiyonel kapasiteyi artırmanın amacı yaşam kalitesini artırmak olup, düzenli fiziksel aktivite vücut sağlığının korunmasında önemli bir faktör olarak yaşam biçimini yansıtmaktadır ve etkili bir fiziksel aktivite programı, kuvvet, sürat, dayanıklılık, denge, fiziksel-zihinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesini geliştirebilir.



## 11. Bedensel Etkinlik Ve Yaşlılık

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

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

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

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

Fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılabilmesi ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, DM, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını arttıran önemli nedenlerden biri olmuştur. Obezitenin artışıyla bedensel etkinliğin (fiziksel aktivite) azalması

en önemli sorumlu faktör olarak kabul görmektedir. Yine araştırmalar göstermektedir ki; fiziksel etkinlik total mortalitede olduğu gibi toplumda görülme sıklığı artan iskemik kalp hastalığı (İKH), inme, DM, kognitif bozukluklarda da azalma sağlar. Yapılan fiziksel aktivitelerin kemik mineral yoğunluğu ve kas kuvvetini arttırdığı, omurga hareketliliği ve esnekliğini arttırdığı bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur.

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

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

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

Kas güçsüzlüğü ve sonucunda meydana gelen denge ve yürüme bozukluğu, yaşlılarda düşmenin en önemli risk faktörlerindedir. Düşmeler, 75 yaş üzerinde yaralanma sonucu ölüme yol açan nedenler arasında ilk sırada yer almaktadır. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques (FICSIT) tarafından yapılan metaanalize göre, egzersiz yapan yaşlılarda düşme riski anlamlı ölçüde azalmıştır. Yurdumuzda yapılan bir çalışmada

düzenli egzersiz yapan yaşlılarda; günlük yaşam aktivitesi ve enstrümantal günlük yaşam aktivitesindeki bağımsızlık düzeyinin daha yüksek olduğunu ve bu iki aktivitedeki bağımlılık durumu arttıkça ev kazası geçirme sıklığının arttığını saptamıştır. Yapılan çalışmalarda dirençli egzersizlerin, çok ileri yaşlılarda bile kas kuvveti ve yürüme hızında artış, denge, spontan aktivite düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri ve merdiven çıkma yeteneğinde gelişmeye etkili olduğu saptanmıştır.

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

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre ülkemiz nüfusunun %6.8'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Hem dünyada hem de Türkiye'de yaşlı nüfus oranı artmaya da devam edecektir. Fiziksel aktivite programlarını planlamak ve katılıma teşvik etmek için bu yaşlı bireylerin yaşa özel fiziksel aktivite alışkanlıklarının ayrıntılı bilinmesi gereklidir. Ancak Türkiye'deki yaşlı bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıkları hakkında yeterli bilgi yoktur. Yaşlılarda fiziksel inaktivite oranı %33'tür. İnaktivite nedenleri, normal yaşlanma, kronik hastalıklar ve uygun olmayan kas-iskelet sistemi kullanımınıdır. Ulusal Hane halkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %20,32'sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı %63,9'dur. TEKHARF çalışması sonuçlarına göre toplumumuzda sedanter bireylerin (günde 1 kilometreden az yürüyen ve oturarak iş görenlerin) oranı yaşla artmakta ve kadınlarda fizik aktivite düzeyi her yaş grubunda erkeklerden daha düşük bulunmaktadır. Sedanter olma oranı 1990 yılı verilerine göre 20-29 yaş grubundan 70 yaş ve üzeri gruba gidildiğinde erkeklerde %6'dan %30'a, kadınlarda %3'den %52'ye kadar çıkmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre toplumumuzda yıllar içerisinde (1990-2000) ve özellikle kadınlarda sedanter olma oranları artış göstermiştir.

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

Geçmişteki egzersiz profili, hastanın egzersize nasıl başlaması gerektiği ve aktivitelerin ne kadar şiddetli olabileceği konusunda fikir verir.

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

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

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

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

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

Egzersizin faydalı olabilmesi için şiddetinin belli bir eşik düzeyin üzerinde olması gerekir. Süre, şiddet ile ters orantılıdır. Fonksiyonel kapasite düşüklüğü nedeniyle, yaşlılarda egzersiz şiddeti ve süresi düşük tutulmalıdır.

Egzersiz sıklığı istenen hedefe göre, gün içinde birkaç defadan, haftada 3-5 güne kadar değişebilir. Egzersizin devamlılığını sağlamak açısından, hasta belli aralıklarla takip edilmelidir. Kişinin durumu ve egzersizin hedefleri periyodik olarak tekrar değerlendirilmeli, gelişmelere göre gerekli ilaveler yapılmalıdır.

Kuvvetlendirme egzersizlerinin yaşlılarda, kas fiber sayısında ve fiber çapında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Alt ekstremiteye yönelik kuvvetlendirme, yürüme ve postural

kontrol egzersizlerinden oluşan bir protokolün, tek başına postural kontrol egzersizlerine göre dengeyi sağlamada daha etkili olduğu gösterilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada vertebra fraktürü olan hastaların, fiziksel aktivitelerinin daha düşük olduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle klinik bulguları olmadığı halde vertebra fraktürü olan geriatric hastaları değerlendirirken ve günlük yaşam aktivitelerini planlarken, fiziksel kapasitelerinin daha düşük olabileceğinin dikkate alınması önerilmektedir.

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

## Uygulamalar

## **Uygulama Soruları**

## **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Yaşlılarda sağlığı korumak ve aktif yaşam tarzını sağlamak için fiziksel aktivite ve egzersizin rolü günümüzde gittikçe daha da büyük önem kazanmaktadır. Teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve bu durum sağlığı olumsuz etkilemektedir. Egzersiz; vücuttaki yaşla ilişkili ve sağlığı olumsuz etkileyen değişiklikleri engellemede etkilidir.



## Bölüm Soruları

1) Önceden hareketsiz bir yaşam süren, yaptıkları egzersizlerle kondüsyon düzeyini geliştiren kişilerde de toplam ölüm riskinin %..... azaldığı bulunmuştur.

- a) A44
- b) 54
- c) 64
- d) 74
- e) 84

2) Önceden hareketsiz bir yaşam süren, yaptıkları egzersizlerle kondüsyon düzeyini geliştiren kişilerde kalp damar sistemi hastalığından ölüm riskinin ise %..... azaldığı bulunmuştur.

- a) 32
- b) 42
- c) 52
- d) 62
- e) 72

3) Kas güçsüzlüğü ve sonucunda meydana gelen denge ve yürüme bozukluğu, yaşlılarda düşmenin en önemli risk faktörlerindedir. Düşmeler, ..... yaş üzerinde yaralanma sonucu ölüme yol açan nedenler arasında ilk sırada yer almaktadır.

- a) 45
- b) 55
- c) 65
- d) 75
- e) 85

4) Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques (FICSIT) tarafından yapılan metaanalize göre,..... yaşlılarda düşme riski anlamlı ölçüde azalmıştır.

- a) İyi beslenen
- b) Egzersiz yapan
- c) Yatalak olan
- d) Hareketsiz yaşayan

e) Bastonla gezen

5) Ülkemizde yapılan Ulusal Hane halkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %.....'sinin hareketsiz (sedanter) yaşamaktadır.

a) 20,32

b) 30,32

c) 40,32

d) 50,32

e) 60,32

**Cevaplar:** 1)a 2)b 3)d 4)b 5)a

## **12.YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 12.1.** Yaşlı istismarı ve ihmali genel olarak 6 şekilde görülmektedir:
- 12.2.** Yaşlı İhmali ve İstismarının Saptanması
- 12.3.** Bakıcı Tarafından Yapılan İhmalin Olası Belirtileri
- 12.4.** Kendi Kendini İhmalin Olası Belirtileri
- 12.5.** Bakıcı Tarafından Yapılan İstismarın Olası Belirtileri
- 12.6.** Yaşlılar Neden İstismar Ediliyor
- 12.7.** Hangi Durumlarda Yaşlıların İstismara Uğrama İhtimali Artar
- 12.8.** İstismarcılar Kimlerdir
- 12.9.** Kurumlarda Hangi Çeşit Yaşlı İstismarı Olmaktadır
- 12.10.** Bu Konuda Ne Yapılabilir?
- 12.11.** Mesleki Eğitim
- 12.12.** Ülke Hizmet Sistemleri ve Hizmeti Sunanların İşbirliği
- 12.13.** Toplum Eğitimi

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlı istismarı	Yaşlı ihmali	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlı istismarı ve ihmali

## **Giriş**

Yaşlılık dönemi bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı bir dönemdir. Ayrıca yine bedenin dış ve iç gerilimlere karşı direncinin azaldığı, pek çok süregen hastalığın yaşandığı bir dönemdir. Yaşlılık döneminde görülen tüm bu sosyal ve bedensel değişimlerle birlikte son günlerde dünya boyutunda tartışılan yaşlı istismarı ve ihmali konusu gündeme gelmiştir.



## 12.Yaşlı İstismarı Ve İhmali

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ve sorunları olan bir süreçtir. Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve ruhsal güçlerin bir daha yerine gelemeyecek şekilde kaybedilmesi, organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi şeklinde tanımlanabilir.

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlığın azalması gibi nedenlerle yaşlı nüfus tüm dünyada hem sayısal olarak hem de toplam nüfus içindeki payı yönünden artmaktadır. Örneğin 1970'de dünyada 60 yaş ve üzerindeki yaklaşık 291 milyon kişi toplam nüfusun %8'ini oluştururken, aynı grup 2000 yılında 585 milyon kişiye ulaşacak ve toplam nüfus içinde %9'luk paya sahip olacaktır. Türkiye'de de benzer bir durum söz konusudur. 65 yaş ve üzeri nüfus genel nüfusun %2'sini oluştururken 1990'da %4,0'a yükselmiştir, bu oranın 2010 yılında %6,1'e, 2020 yılında %7,7'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Yaşlı nüfustaki bu artış nedeniyle gün geçtikçe yaşlılıkla ilgili sorunlarla daha sık karşılaşılması da kaçınılmazdır. Yaşlı insanların çağımızda en büyük sorunları; parasal güvence yokluğu ve yalnızlık olmaktadır. Eski dönemlerde, geleneksel geniş aile sistemi yürürlükteyken, ailelerin yaşlı kişileri genç kuşakların bakımı ve beraberliği içinde bu güvenceyi yaşarlardı. Değişen toplum yapısıyla aileler küçüldükçe ve ailenin genç kuşakları kendi çekirdek ailelerini kurup, ana-baba kuşağından uzaklaştıkça, yaşlılık dönemi önemli bir psikososyal sorun haline gelmiştir. Yaşanılan ülkenin ekonomik düzenine bağlı olarak hayatın giderek pahalılaştığı durumlarda ve emeklilik ya da ailede para sağlayan kişinin ölümüyle gelirin azalması ile yaşlılar kendi geçimlerini sağlamada zorlanırlar.

Yaşlılık dönemi bireylerin statü kaybettiği, bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı bir dönemdir. Ayrıca yine bedeninin dış ve iç gerilimlere karşı direncinin azaldığı, pek çok süreğen hastalığın yaşandığı bir dönemdir

Yaşlılık döneminde görülen tüm bu sosyal ve bedensel değişimlerle birlikte son günlerde dünya boyutunda tartışılan ve ABD'de 20 kişiden birini inciten bir durum olan yaşlı istismarı ve ihmali konusu gündeme gelmiştir.

Yaşlı İstismarı ve İhmali Sağlık çalışanlarının çoğunluğu çocuk istismarına karşı uzun zamandan beri duyarlı olurken, yaşlıların istismarı ancak 1970'li yıllarda toplumun dikkatini çekmiş ve devlet düzenleyicilerinin bu konu ile ilgilenmesinin ilk örneği Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) görülmektedir. ABD de yaşlı istismarı, 1978 yılında kapalı kapılar ardından çıkıp, aile içi şiddet konusu kapsamında ulusal düzeyde duyurulmuş ve 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur.

Yaşlı istismarı konusundaki çalışmalar daha çok Kuzey Amerika ve İngiltere gibi yaşlı nüfusu fazla olan ülkelerde toplanmaktadır. Bu ülkelerdeki araştırmalar da yalnızca son 15 yıldan beri gerçekleştirilmektedir.

Bazı kişiler yaşlı istismarının, geleneksel aile yapı ve değerlerinin yitirilmesinin bir ürünü olarak batı kültürüne özgü olduğunu düşünebilirler.

Aslında yaşlı istismarı, tarih boyunca dünya çapında her kültürde varlığını sürdürmüştür.

Bazı geri kalmış ülkelerde yaşam süresinin kısa olması ve bundan dolayı da yaşlı nüfusunun az olması nedeniyle yaşlı istismarı da ender olarak görülmektedir. Ancak her ülke, yaşlı nüfusu az da olsa, yaşlıların kolayca incitildiğine ilişkin olguları rapor etmektedir.

Genel olarak yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık veya iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranıştır. İstismar bedensel, psikolojik veya ekonomik olabilir, aynı zamanda ihmale de dönüşebilir. ABD’de yaşlı istismarına ait ilk istatistiklerin toplandığı 1987 yılından 1994 yılına kadar yaşlı istismar ve ihmali vakalarının %206 arttığı saptanmıştır (117.000’den 241.000’e çıkmıştır). Yaşlılara yönelik kötü muamele tiplerine baktığımızda: %58,5 ihmal; %15,7 fiziksel istismar; %12,3 ekonomik istismar; %7,3 duygusal istismar; %5,1 diğer; %6 bilinmiyor ve %5 cinsel istismar yer almaktadır.

İstismarı uygulayan kişilerin %52’si kadın, %48’i’de erkektir. Yine kurbanların çoğunluğu da kadınlardır (%62,1). Her yıl 25 Kanadalıdan birinin istismar veya ihmal kurbanı olduğu bildirilmektedir ve bildirilen olgulardan ekonomik istismar yaşlı istismarının en yaygın şekli olarak görülmekte ve olguların %40’ını oluşturmaktadır. %38 oranında utandırma, taciz ve sosyal ayırım şeklinde görülen duygusal istismar ve %23 oranında da fiziksel istismar yer almaktadır. İngiltere’de 65 yaş üstü yaşlıların %5’inden fazlasının ailesinden birisi ya da yakın akrabası tarafından sözel; %2’sinin fiziksel; %2’sinin de ekonomik olarak kötü muamele gördüğü saptanmıştır.

Yaşlı istismarı üç temel grupta incelenmektedir: Ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmal. Ailesel yaşlı istismarı, yaşlı bireye kendi evinde veya bir bakıcının evinde kötü muamelede bulunulmasıdır.

Kurumsal istismar, yaşlı kişilerin yaşamlarını sürdürmeleri için oluşturulmuş yerlerde, yaşlı bireye kötü muamelede bulunulmasıdır. Örneğin, huzur evleri, yaşlı bakım evleri gibi kendi kendini ihmal, yaşlı bireyin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir şekilde, tek başına yaşama davranışını belirtir.

### **12.1.Yaşlı istismarı ve ihmali genel olarak 6 şekilde görülmektedir:**

- Fiziksel istismar
- Ekonomik istismar
- İhmal
- Kendi kendini ihmal

- Duygusal istismar
- Terk etme

### **12.1.1.Fiziksel İstismar**

Yaşlı bireye bakan veya yaşlının güvendiği bir konumda olan birisi tarafından yaşlıya kasıtlı olarak ağrı, acı verici her tür bedensel uygulama fiziksel istismar olarak kabul edilir. Fiziksel istismar; doğrudan vurma ve cinsel saldırıyla sınırlandırılmaz, açıklanamayan fiziksel gerileme ve uzun süre su veya yemekten yoksun bırakılmayı da içerir.

### **12.1.2.Ekonomik İstismar**

Güvendiği bir konumda olan birisi tarafından yaşlı bireyin para veya malının kötüye kullanılması veya çalınması ekonomik istismar olarak kabul edilir.

### **12.1.3.İhmal**

Yiyecek veya günlük hizmetlerde bakım sorumluluğunu yerine getirmede yetersizliktir. İhmal aşağıdaki durumları içerir ama bunlarla da sınırlandırılmaz:

- Yaşlının bedensel temizliği veya giyinmesi ne yardım etmede yetersizlik
- Yaşlının bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini sağlamada yetersizlik (bu yaşlının tedaviyi reddettiği durumları içermez)
- Yaşlıyı sağlık ve güvenlik zararlarından korumada yetersizlik

### **12.1.4.Kendi Kendini İhmal**

Yaşlının kendi kendine dikkat ve özeni sağlamada yetersiz olmasıdır.

### **12.1.5.Duygusal İstismar**

Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından kasıtlı olarak ruhsal açıdan acı verme psikolojik/ duygusal istismar olarak kabul edilir. Örneğin: sözel saldırılar, tehdit etme, utandırma, kendi yaşlından ayırma.

### **12.1.6.Terk Etme**

Yaşlının, bakım ve nezaretinde ona eşlik eden herhangi bir birey tarafından isteyerek terk edilmesidir.

## **12.2.Yaşlı İhmali ve İstismarının Saptanması**

Aşağıdaki belirtiler istismar ve ihmalin kesin belirtileri değildir ama istismar ve ihmali tanılamada yararlı ipuçları olabilir.

### **12.2.1.İhmalin Olası Belirtileri**

- Hassas cilt veya kötü cilt hijyeni
- Hastalıkla ilişkisi olmayan vücutta su kaybı ve/veya beslenme bozukluğu
- Kilo kaybı
- Kirli giysi veya yatak

### **12.2.2.Fiziksel İstismarın Olası Belirtileri**

- Kesiler, küçük yara bereler
- Çürük, sopa veya kamçı izleri, lekeler
- Öyküyle uyumlu olmayan herhangi bir yara
- Üzerinde durulmamış herhangi bir yara (bazen yaralar, normalde giysiyle örtülü olan bölgelerde saklanmıştır).
- Saçın olmaması ve/veya saçlı deride kanama
- Yanıklar: Sigara, kostik, asit, ip veya zincir sürmesi nedeniyle olabilir.

### **12.2.3.Psikolojik/Duygusal İstismarın Olası Belirtileri**

- Çaresizlik
- Açıkça konuşmada kararsızlık, duraksama
- İnanılmaz öyküler
- Bilinç bulanıklığı veya uyum bozukluğu
- Öfke
- Korku
- Çekingenlik
- Depresyon
- İnkâr (ret)
- Sıkıntı

#### **12.2.4.Ekonomik İstismarın Olası Belirtileri**

- Banka hesaplarında olağan dışı veya beklenmedik değişiklik
- Çeklerde yaşlı kişinin imzasına benzemeyen imzalar, yaşlı birey imza atamadığında çeklerin imzalanması
- Birey karar veremeyecek durumda olduğunda onun yerine başka birisinin iş görme yetkisinin verilmesi veya yeni değişimler ya da vasiyetin düzenlenmesi
- Yaşlı kişinin bakımına aşırı miktarda para harcanılmasına bakım veren kişinin olağan dışı ilgisi
- Çok sayıda ödenmemiş faturalar, gecikmiş kira
- Yeterli ekonomik gücü olmasına karşın kişisel eşyalarının (TV, uygun giysiler) yetersiz olması
- Kendisine ait tablo, gümüş veya mücevherin kaybolması
- Bakım veren kişinin bütün kontrole tek başına sahip olması nedeniyle, aileden ve arkadaşlardan kasıtlı ayırma

#### **12.3.Bakıcı Tarafından Yapılan İhmalin Olası Belirtileri**

- Kir, dışkı/idrar kokusu veya yaşlının yaşamındaki diğer sağlık ve güvenlik zararları
- Deride kızarıklıklar, yaralar
- Yaşlının uygunsuz giyinmesi
- Yaşlıda beslenme bozukluğu veya vücutta su kaybı
- Yaşlının tedavisinin yapılmaması

#### **12.4.Kendi Kendini İhmalin Olası Belirtileri**

- Kişisel parasal durumunu yönetmede yetersizlik: Biriktirmek, aşırı tüketmek, parasını kaptırmak veya faturaları ödeyememe.
- Kişisel bakım, alış-veriş, yemek hazırlama, ev işlerini içeren günlük yaşam etkinliklerini düzenlemede yetersizlik
- İntihar girişimleri, dolanıp durma, tıbbi tedaviyi reddetme, ayırım, madde bağımlılığı

- Yetersiz tuvalet alışkanlığı
- Deride kızarıklıklar, yaralar, gaita/ idrar kokusu, uygunsuz giyim, beslenme bozukluğu, vücutta su kaybı vb.
- Düşünsel işlevlerde değişiklik: Bilinç bulanıklığı, uygunsuz veya hiç yanıt vermeme, yer ve zamana uyum sağlayamama, bilinç kaybı, tutarsızlık
- Ciddi hastalıklar için tıbbi şevkleri yerine getirmeme

## **12.5.Bakıcı Tarafından Yapılan İstismarın Olası Belirtileri**

- Yaşlıya bakıcısı (şüpheli istismarcı) olmaksızın başkalarını görme veya onlarla kendi başlarına konuşma sorumluluğu verilmemesi
- Değişen tutumlar veya yaşlıya karşı kızgınlık ya da açık bir şekilde yardım etmeme
- Aile üyelerinin veya bakıcısının yaşlıdan utanması (Örn: İstemli olarak altına kaçırtıyor diye yaşlıyı suçlama)
- Bakıcısı tarafından yaşlıya yönelik saldırgan davranışlar (tehdit, hakaret, taciz vb.)
- Yaşlı ile ilgilenen kişilerin eski istismar öyküleri
- Alkol veya ilaç problemleri
- Bakıcı tarafından gerçek olmayan sevgi gösterisi
- Flört gibi uygun olmayan cinsel ilişki belirtileri
- Bakıcı tarafından ailenin toplumsal ayırımı, ailedeki diğer yaşlı kişilerle etkinlikleri sınırlama veya soyutlama
- Yaşlının bakım planını uygulamada hizmeti planlayan kişiye uymada, bakıcının isteksiz olması
- Bakıcının uygun olmayan savunması

## **12.6.Yaşlılar Neden İstismar Ediliyor**

Yaşlı istismarıyla çalışan araştırmacılar, yaşlı istismarıyla ilgili birkaç faktör saptamıştır:

- Yaşam süresinin uzaması, bakıcılara sorumluluk yükler, bu da yaşlının istismarına yol açabilir. Bu durum özellikle bakıcının banyo ve tuvaletini yaptırma gibi

yaşlının bedensel gereksinimlerini gerçekleştirmek zorunda olduğu durumlarda daha geçerlidir.

- Uzun zamandır işsiz olma gibi ekonomik problemler, bakıcının yaşadığı gerilimi arttırabilir ve ekonomik istismar ihtimali artar. Bunun yanı sıra, genelde daha az kaynak demek olan ekonomik yetersizlik, akrabaları, yaşlı bireyin bakımına yardım etmeye yöneltebilir.
- Yaşlılık konumunun daha düşük olduğu kültürel değişimler ve bunun sonucunda gençlerden daha az saygı görme istismar olasılığını arttırabilir.
- Madde bağımlılığı veya akıl/ruhsal bozukluklar gibi problemler, yaşlıların ihmal edilmesine ve bazen istismarına neden olabilir.
- Toplumsal olarak ayırımı tutulmuş yaşlıların sayısında artma; ki bu da daha fazla yaşlının yalnız ve istismara açık olmasına yol açar.
- Yaşlı kadınlar daha çok istismar edilmektedir, çünkü kadın nüfusu erkeklerden daha fazladır. Bunun yanı sıra, kadınlar ekonomik olarak diğerlerine daha çok bağımlıdır.
- Ev koşullarının iyi olmaması istismara katkıda bulunabilir.
- Ailede şiddet öyküsünün olması, şiddetin gerilime bir yanıt olarak kullanıldığı anlamına gelebilir.
- Kurumlarda yaşayan yaşlılar, güçsüz ve incinebilir olabilirler ve personel düşük ücretli, yetersiz ve aşırı çalışıyor olabilir. Bu faktörler yaşlı istismarını oluşturabilecek bir ortam yaratır.

## **12.7.Hangi Durumlarda Yaşlıların İstismara Uğrama İhtimali Artar**

Araştırmalar bazı yaşlı gruplarının diğerlerine göre daha fazla istismara uğradıklarını göstermiş ve bazılarının da belirli tip istismar türlerine daha fazla uğradıklarını saptamıştır. Örneğin, fiziksel ve psikolojik istismar kurbanları büyük olasılıkla evli veya çocuklarından biriyle yaşar. Ekonomik istismar kurbanları çoğunlukla boşanmıştır ve yalnız yaşarlar.

İhmal edilen yaşlılarda da boşanmış olma eğilimi vardır. Eğer bir yaşlının sağlığı kötü, toplumsal olarak ayrılmış ya da çok az toplumsal desteği varsa, istismarın tüm şekillerinden zarar görme ihtimali artar.

## **12.8.İstismarcılar Kimlerdir**

İstismarcıları kesin olarak tanımlayan özellikler yoktur. Ancak akıl sağlığı, duygusal veya madde bağımlılığı problemleri olan aile üyelerinin yaşlıyı istismar etme ihtimali daha fazladır. Yaşlıya duygusal veya ekonomik olarak bağımlı olan akrabalar veya bakıcılar da istismar riskini arttırabilir. Yaşlı bir bireye bakma gerilimi bazen istismar ya da ihmale yol

açabilir, özellikle de istismara katkıda bulunan diğer etkenler de varsa. Bunların yanı sıra, bir aile içi şiddet öyküsü, yaşlı istismarı ile sonuçlanabilir. Örneğin bazı olgularda, çocukluğunda kötü muamele gören yetişkinler sonunda ailelerini istismar etmektedir. Ancak tüm istismarlar yaşlının yetişkin çocuğu tarafından gerçekleştirilmez. Bazen yaşlı istismarı birlikteliğin bir devamı olarak eş istismarı şeklinde de gerçekleşir. Eş istismarı insidansı yaşla birlikte düşmesine rağmen, eşler dövmeği 60 yaşına kadar sürdürürler. Aslında araştırmalar, rapor edilen yaşlı istismarı olgularının yarısından çoğunun eşler tarafından gerçekleştirildiğini göstermiştir. Genç çiftlerdeki eş istismarıyla ilgili risk etkenlerinin çoğu yaşlı çiftlerde de görülür. Bunlar; mal, işsizlik, alkol veya madde kullanma, problemleri şiddet kullanarak çözüme tutumlarıdır

### **12.9.Kurumlarda Hangi Çeşit Yaşlı İstismarı Olmaktadır?**

Bildirilen edilen davranışların büyük bir bölümü fiziksel istismardır. Kurumlarda belirtilen diğer yaşlı istismarı tipleri cinsel istismar, ekonomik istismar veya çalışanların iş düzeni içindeki uygunsuz davranışlarıdır. Örneğin, bandajı keskin bir aletle kesme gibi. Bazen hasta istismarı onarılmaz zararlara da neden olabilmektedir. İstismar, kurumda kalan yaşlıyı taciz etme veya ilaç ve yatıştırıcılarla kontrol etmeyi içeren şekillerde gizli olabilmektedir. Kurumda kalan yaşlının kişisel seçimlerini (banyo veya yemek yeme zamanlarına, ne giyeceğine saygı) sınırlama da bir istismar olabilir.

### **12.10.Bu Konuda Ne Yapılabilir?**

Yaşlılar, yaşlı istismarının ne olduğunu anlamaya gereksinim duyarlar ve temel hakları konusunda bilgilendirilmelidirler (istismar riskine karşı korunma bilgisi gibi). Personelin yaşlı istismarı konusunda eğitilmesi, özellikle de genelde zararlı olduğu pek bilinmeyen gizli istismar konusunda yararlı olabilir. Personelin yaşlı istismarının bir suç olduğunu ve suçluların cezalandırabileceğini bilmesi gerekir.

Bunun yanı sıra, çalışanlar yaşlı bakımı konusunda çatışmalarla karşılaştıklarında neler yapacakları konusunda eğitilmelidir, böylece zor durumlara şiddetle yanıt verme azaltılabilir. Kurumda kalan yaşlılar kurumun işlemlerine (duş almaya zorlama gibi) itiraz ettiği zaman -duş için başka zaman belirleme- personel, değişik seçenekler araştırmalıdır.

Sonuç hizmet ilanlarını, toplumda kullanılmak üzere uygun eğitim araç ve gereçlerini içeren yaşlı istismarını önlemeye yönelik eğitim kampanyalarını oluşturulabilir.

Birçok yaşlının incindiği bir durum olan yaşlı istismarı ve ihmali olguları kesinlikle rapor edilmelidir. Genellikle yaşlılar, istismar veya ihmale uğradıklarını bildirmezler. Çünkü bunu söylerlerse; tekrar şiddete maruz kalacaklarını, aile üyeleriyle bağlarının kopacağını ve yakınmanın verdiği suçluluk duygusuyla baş edemeyeceklerini düşünürler. Ayrıca, bu durumu bildirmeleri halinde aileden ayrılıp sosyal bir kuruma gideceklerinden ve polis bu durumu yeterince önemli bulamayacağından korkarlar. Oysa yaşlı istismarı çok önemli bir konudur ve bildiri yapılmalı ve durdurulmalıdır. Bundan dolayı olay yaşlı istismarını içerdiğinde “başka insanların evinde ne olduğu” herkesin sorumluluğu olmalıdır.



Bildirimlerin yanı sıra, yaşlı istismarı önlenabilir bir durumdur ve yaşlılar incitilmeden önce bunu hazırlayan koşullar düzeltilebilir. Örneğin, yaşlı istismarı daha çok aşırı gerilim altındaki ailelerde olmaktadır, bu gerilimli durumun giderilmesiyle yaşlının istismar edilmesi önlenecektir. Yaşlı istismarını önleme etkinlikleri 4 alanda toplanabilir:

### **12.11.Mesleki Eğitim**

Yaşlı bakımında çalışan personel için beceri oluşturma çalışmaları; özel meslek gruplarını tanıtmak için çalışmalar düzenlenmesi; yaşlanma ve yaşlı istismarı konusunda yasaları güçlendirme; yaşlı istismarı konusunda tüm hizmet üreticilerine açık ülke çapında konferanslar; eğitim rehberleri, videolar ve diğer araç ve gereçler geliştirilebilir.

### **12.12.Ülke Hizmet Sistemleri ve Hizmeti Sunanların İşbirliği**

Yaşlı istismarının bildirimini yapılabileceği bir telefon hattı oluşturma; bölgesel disiplinler arası ekipler ve güç birliği oluşturma bu kapsamda gerçekleştirilebilir.

### **12.13.Toplum Eğitimi**

İlköğretim programları için yaşlı istismarını önleme ders programları geliştirilebilir; Radyo ve televizyon aracılığıyla, toplum hizmet ilanlarını, toplumda kullanılmak üzere uygun eğitim araç ve gereçlerini içeren yaşlı istismarını önlemeye yönelik eğitim kampanyalarını oluşturulabilir.

## **Uygulamalar**

## **Uygulama Soruları**

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Genel olarak yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık veya iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranıştır. İstismar bedensel, psikolojik veya ekonomik olabilir, aynı zamanda ihmale de dönüşebilir.

## Bölüm Soruları

1) ABD de ..... yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur.

- a) 1989
- b) 1979
- c) 1969
- d) 1959
- e) 1949

2) Genel olarak yaşlı istismarı, ..... bireyin sağlık veya iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranıştır.

- a) Ergen
- b) Çocuk
- c) Genç
- d) Bebek
- e) Yaşlı

3) Aşağıdakilerden hangisi yaşlı istismarı veya ihmallerinden biri değildir?

- a) Fiziksel istismar
- b) Ekonomik istismar
- c) Kendi kendini ihmal
- d) Tırnaklarını kesmek
- e) Duygusal istismar

4) Aşağıdakilerden hangisi yaşlı istismarı veya ihmali belirtilerinden biri değildir?

- a) Hassas cilt veya kötü cilt hijyeni
- b) Hastalıkla ilişkisi olmayan vücutta su kaybı
- c) Aşırı kilo
- d) Kilo kaybı
- e) Kirli giysi veya yatak

5) Kurumlarda en fazla rastlanan istismar şekli .....dır.

- a) Fiziksel
- b) Psikolojik
- c) Duygusal
- d) Ekonomik
- e) İhmal

**Cevaplar:** 1)b 2)e 3)d 4)c 5)a

**13. HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA İLETİŞİM  
GÜÇLÜKLERİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAKLAŞIMI**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 13.1.** İletişim ve İletişim Sürecinin Öğeleri
- 13.2.** Yaşlılarda İletişim Güçlükleri
- 13.3.** Hastadan Kaynaklanan İletişim Güçlükleri
- 13.4.** Sağlık Çalışanlarından Kaynaklanan İletişim Güçlükleri
- 13.5.** Çevreden Kaynaklanan İletişim Güçlükleri
- 13.6.** Görme Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri
- 13.7.** İşitme-Duyuma Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri
- 13.8.** Sonuç



## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

### Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

<b>Konu</b>	<b>Kazanım</b>	<b>Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği</b>
<b>Hastanede yatan yaşlı hastalarda iletişim güçlükleri</b>	İletişim güclüğü olan yaşlı hastalara sağlık çalışanlarının yaklaşımı	

## **Anahtar Kavramlar**

Sağlık bakımı veren sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişimi

## **Giriş**

Kaynaklarda, sağırlık ve körlük gibi fiziki ve işitsel bozuklukları olan hastalara sağlık bakımı veren sağlık profesyonellerinin hasta ile iletişim kurarken belirgin güçlüklerle yüz yüze kaldıkları, iletişimi etkileyen dil bariyerleri ve bozukluklarının bakım kalitesini azalttığı bildirilmektedir.

### **13.Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda İletişim Güçlükleri Ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı**

Yaşlılık insan biyolojisindeki önemli gelişmelerin bir sonucu olarak organizmanın verimliliğinin ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalmasıdır. Yaşlılık, kendine özgü sorunları olan, diğer yaş dönemlerine göre çok daha fazla sağlık riski taşıyan, yaşam sürecinde kayıpların ve çöküşün sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. Literatürde “Yaşlı” tanımını kronolojik olarak betimleyen çalışmalarda 65 yaşın yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edildiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerin çoğunda bu yaşlılık dönemini kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri, Birleşmiş Milletler (BM) ise 60 yaş üstü olarak kabul etmektedir. Günümüzde sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin artması, sağlıklı yaşam tarzının desteklenmesi ve benimsenmesi gibi faktörlerin etkisiyle dünyada ortalama insan ömrünün uzama-sına ve başta yaşam beklentisi yüksek olan gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada genel nüfus içinde yaşlı nüfus oranının giderek hızla artmasına yol açmıştır. Halen dünya-da 605 milyon dolayında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyara ulaşacağı DSÖ tarafından tahmin edilmektedir. Ülkemiz nüfus sayımlarına göre 65 yaş ve üzeri nüfus; 2007 yılında toplam nüfusun %7,1’ini, 2009 yılında toplam nüfusun %7’sini, 2011 yılında toplam nüfusun %7,3’ünü oluşturmuştur. 2025 yılına kadar bu sayının %9’lara yükselmesi beklenmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde ise 1998-2020 yılları arasında toplam nüfusun %95 oranında artması beklenirken, yaşlı popülasyonda bu artış oranının %240 olacağı öngörülmektedir.

Toplumda yaşlı popülasyon arttıkça, sağlık problemleri ve hastaneye başvuru oranları da yükselmektedir. Ülkemizde yapılan, acil servise başvuran 60 yaş ve üzeri hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında dört ay içinde acil servise toplam 59.674 başvuru olmuş bu başvuruların 10.602 (%17.76)’sinin 60 yaş ve üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Diğer bir çalışmada yapmış oldukları çalışmada acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri toplam 15.339 hastadan 3.038 ( %19.80)’inin ilgili servislere yatırıldığını saptamışlardır. Yurt dışında yapılan çalışmada ise 65 yaş ve üzeri gruptaki cerrahi oranının 15-44 yaş grubuna göre üç kat yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, 65 yaş üzeri ameliyat olan hastalarda cerrahi bölüm ve anestezi yöntemlerini inceledikleri araştırmada, bir yıl içinde 12.871 hastanın ameliyat edildiği, 65 yaş ve üzeri grupta ameliyat olan hasta sayısının 1.910 (%15) olduğunu belirtmişlerdir. Diğer bir çalışmada “cerrahi kliniklerde yatan yaşlı hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirilmiş, 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaların (n=113) %28,3’ünün genel cerrahi kliniğinde yattığı belirtilmektedir. İnsanın yaşlanma sürecinde ortaya çıkan ve organizmadaki pek çok sistemi etkileyen duyularda azalma, hareket ve motor becerilerde gerileme, sinir sisteminde refleks ve tepkilerde azalma ve kalp-damar sisteminde yavaşlama gibi fiziksel değişimler çok önemlidir. Örneğin, yaşlılıkla beraber gelişen fizyolojik değişikliklerden dolayı görme ve işitme duyusunun kaybı, yaşlı bireylerin sosyal desteğinin sınırlı olması ve çevresindeki psikososyal değişiklikler iletişimde sorunlara neden olmaktadır. Aynı zamanda gözlük, işitme cihazı, takma diş gibi yardımcı sağlık cihazlarına gereksinimlerinin ortaya çıkması da kişinin benlik kavramını, kendine güvenini, insanlar arası

etkileşimini ve iletişim yeteneğini etkilemektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların özelliklerini inceledikleri çalışmada, hastaların %80,8'inin gözlük, işitme cihazı gibi protezlerinin olduğunu bulmuşlardır.

Literatürde, sağrlık ve körlük gibi fiziki ve işitsel bozuklukları olan hastalara sağrlık bakımı veren sağrlık profesyonellerinin hasta ile iletişim kurarken belirgin güçlüklerle yüz yüze kaldıkları, iletişimi etkileyen dil bariyerleri ve bozukluklarının bakım kalitesini azalttığı bildirilmektedir. Fiziki iletişim problemi olan hastalarda önlenebilir komplikasyonlar normal hastalara göre daha fazladır. Ayrıca, 65 yaş üstü hastalarda önlenebilir komplikasyonlar gençlere göre daha fazla gelişmiştir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, önlenebilir komplikasyon gelişen 63 hastanın ortalama yaşı 65,9 iken komplikasyon gelişmeyen 2.138 hastanın ortalama yaşı 61,7'dir. Çalışmada fiziki iletişim problemlerinin olmasının komplikasyon gelişme riski ile belirgin bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (odds oranı=3,97). Bu bağlamda, sağrlık çalışanlarının, iletişim problemlerinin hastada hangi önlenebilir komplikasyonlara sebep olabileceğini bilmesi çok önemlidir.

### **13.1.İletişim ve İletişim Sürecinin Öğeleri**

İletişim; evrensel bir deneyimdir ve insan yaşamında iletişimin olmadığı bir yer hemen hemen yok gibidir. En yalın tanımıyla iletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, ihtiyaçlarını anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim; “fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyet ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir”. Bugün insanlık; uzaydaki insanla haberleşecek “iletişim teknolojilerini” geliştirdiği halde, en yakınlarıyla ve diğer insanlarla konuşmakta ve birbirlerini anlamakta zorlanmaktadır.

İletişim sürecinin öğeleri; literatürde insan iletişim ile ilgili dört önemli faktör belirlenmiştir. Bunlar; kaynak (mesajı veren), mesaj (gönderilirken kullanılan sözlü ve sözsüz yöntemler), alıcı (mesajı alan) ve çevre (karşılaşılabilecek zorluklar)'dir. İletişim konuşmacı ve alıcı arasındaki etkileşimi içerir ve çevre de bu duruma etki eder. İletişim sürecinde mesajların verilmesinde ve alınmasında; görme, işitme, tat alma, koklama, dokunma gibi duyularımız ve duyular aracılığıyla edindiğimiz algılar da kullanılmaktadır.

### **13.2.Yaşlılarda İletişim Güçlükleri**

Hemşireler ile yaşlı hastalar arasındaki sağrlıklı iletişim, hastanın tedavisi, bakım ve tedaviden memnuniyeti için çok önemlidir. Yaşlı hastalar ve hemşireler arasında belirgin bir şekilde iletişim güçlükleri vardır. Yaşlılarda iletişim, biyolojik yetersizliğe bağlı olarak azalabilir. Örneğin, yaşlılarda sıklıkla gözlenen işitme kayıpları yaşa bağlı olarak oluşan ve fazla ciddiye alınmayan bir yetersizliktir. İşitme kaybı pek ciddi olmasa da, bireyin iletişim yetisini etkilemesi açısından beklenenden daha sıkıntılıdır.

Yaşlıların kendi deneyimlerinden aktardıkları raporlara göre, kendilerini en çok üzen sorunlardan biri de “en bilinen sözcükleri bile hatırlayamaz olmalarıdır. Tüm yaşlarda gözlenebilecek sözcük bulma güçlükleri yaşla birlikte en çok etkilenen bilişsel sorundur. Bu

tür yetersizlikler, yaşlıların iletişimlerini azaltan ve dil yeterliliklerinin başkaları tarafından “zayıf” olarak değerlendirildiği bir sonucu hazırlamaktadır.

Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkması olası dil ve konuşma sorunları ise bazı gelişimsel ya da edinilmiş hasarlara bağlı olarak oluşmakta ve iletişim güçlüklerine yol açmaktadır. Örneğin; konuşma üretiminde görev alan kasları innerve eden kraniyal ve spinal sinirlerde motor uyarıların akışını bozarak alt ve üst motor nöron hasarlanmalarının ortaya çıkardığı konuşma bozukluğu olarak anılan “dizartri” veya edinilmiş dil ve konuşma kaybı olarak bilinen “afazi”, Parkinson hastalığı veya beyin-damar hastalıkları gibi çoğunlukla ileri yaşlarda rastlanabilecek sorunlara bağlı olarak iletişim güçlükleri oluşmaktadır.

### **13.3.Hastadan Kaynaklanan İletişim Güçlükleri**

Hastanın kendini iyi hissetmemesi, yorgun olması, anlıyormuş gibi davranması, hemşirenin işini engeller diye tereddüt etmesi, hastaneye yatmanın dışında kişisel stresinin olması, çok kolay/çabuk unutulması, düşük eğitim seviyesine sahip olması, görme yetersizliğinin bulunması, kendini açıkça ifade edememesi ve hemşireye işitme güçlüğü olduğunu söylememesidir.

### **13.4.Sağlık Çalışanlarından Kaynaklanan İletişim Güçlükleri**

Sağlık çalışanlarının tıbbi terminoloji kullanması, çalışırken içten davranmaması, otoriter davranması, konuyu aniden değiştirmesi, dostça olmaması, çok meşgul olması, çok hızlı konuşması, tedavi ve işlem hakkında yeterli açıklama yapmaması, hastanın konuşmasını kesmesi, aynı anda birden fazla şeyle ilgilenmesi, net bir mesaj vermeden uzun cümleler kullanması, hastaya bilgi vermeden herhangi bir uygulama yapması, çok resmi olması, uzaktan konuşması, göz teması kurmadan konuşması, hastaya aldırış etmemesi, hastanın anlayıp anlamadığına dikkat etmemesi, maske varken konuşması, çok yüksek sesle konuşması, hasta uyukluyken konuşması, hastanın işitme cihazının olup olmadığını kontrol etmemesi, hastanın işitme güçlüğü olduğunu bilmemesi ve işitme problemi olan hasta ile iletişim becerisinin yetersiz olmasıdır.

### **13.5.Çevreden Kaynaklanan İletişim Güçlükleri**

Serviste genel durumu kötü hastaların olması ve sağlık çalışanlarının bu hasta ile ilgilenmesi, ortamın gürültülü olması, hastane ortamının yabancı olması, aile bireylerinin olmaması, odanın aydınlatılmasının yetersiz olması ve nesil farkının olmasıdır. Yaşlı cerrahi hastası ile iletişimi etkileyen birçok faktör olmasına rağmen, iletişimi etkileyen en önemli faktörler; görme kaybı/yetersizliği, işitme-duyma kaybı/yetersizliği, ses, konuşma ve lisan bozukluklarına bağlı iletişim güçlükleridir.

### **13.6.Görme Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri**

Yaşlanmanın bir uzantısı olarak vücudun tüm dokularında olduğu gibi göz dokularında da belirgin bir şekilde yaşlanma etkileri gözlenmekte, gözün tüm dokularında ve oküler

dokularda gelişen hasarlar birtakım anatomik ve fonksiyonel değişikliklere yol açmaktadır. Örneğin, 40'lı yaşlarda yakın nesnelere odaklanma, 70'li yaşlarda da ince detayları ayırt edebilme gücü başlar. Yaşlanma ile birlikte göz kapaklarında involüsyonel entropion, ektropion ve ptozis gelişebilir. Konjonktiva saydamlığını kaybeder, konjonktiva epiteli kalınlaşır, substantia propria daha ince ve daha az elastik olur. Kornea ilerleyen yaşla birlikte daha düz, ince, daha az saydam olur ve endotel sayısı önemli derecede azalır. Yaşlanırken, lens ağırlığı ve kalınlığı artar; lensin akomodatif gücü azalır. Bu nedenle katarakt, yaşlı insanların görme problemlerinin en sık nedenidir. Katarakt ilerleyen yaşla birlikte önemli oranda artış göstermekte, 65 ile 74 yaşları arasındaki insanlarda %50 iken, 75 yaş üstünde %70'lere kadar yükselmektedir. Refleks gözyaşı sekresyonu ve lakrimal drenaj ilerleyen yaşla birlikte önemli derecede azalmaktadır. Schirmer I metodu ile ölçülen refleks gözyaşı sekresyonunun artan yaşla birlikte önemli derecede azaldığı bildirilmiştir. 20 ila 80 yaş arasında değişen yaş grupları karşılaştırılmış ve Schirmer değerlerindeki azalma genç grup ile yaşlı grup arasında yaklaşık %70 olarak tespit edilmiştir. Yaşa bağlı makula dejenerasyonu yaşlı insanların önde gelen körlük nedenlerinden biridir. Görme kaybı eksudatif tipte noneksudatif tipten daha yüksek oranlardadır. Yaşla birlikte optik sinir akson sayısında azalma, optik çukurda ise genişleme görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler ve var olan hastalıklar nedeniyle günlük aktivitelerin yapılabilmesi ve yardımcı olması amacıyla kullanılan yardımcı sağlık cihazları sorgulandığında, 310'nun (%55,4; N=560) gözlük kullandıkları bulunmuştur. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerini belirlemek için yapılan diğer bir çalışmada, yaşlılarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak yaşadıkları sorunları ifade etmeleri istendiğinde, %41,3'ü (n=46) görme sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yine yapılan diğer bir araştırmada, gözlük kullananların %19,7'sinin (n=56) hareket etmede, %16,1'inin telefonu kullanabilmede, %41,1'inin ilaçlarını alabilmede başkasına bağımlı olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları görme kaybı/yetersizliği olan yaşlı hasta ile iletişim kurarken; Odaya girdiğinde kendi ismini vererek konuşmaya başlamalı,

- Aydınlatmayı uygun bir şekilde sağlamalı,
- Yazılı bilgiyi sözel olarak hastanın/bireyin soru sormasına fırsat bırakarak açıklamalı,
- Hemşirelik girişimlerini uygularken ayrıntılı bilgi vermeli,
- Odadan ayrılırken hastaya bilgi vermelidir.

### **13.7.İşitme-Duyuma Kaybı/Yetersizliğine Bağlı İletişim Güçlükleri**

Yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkan işitme bozukluklarına "Presbikuzi" (presbycusis) denilmektedir. Bu tür işitme bozuklukları sensorinöral tipte olup, yani hem sensör (kokleanın) hem de nöral bölgenin [N.Statoakusticus'un (N. Vestibulokohlearis)] akustik dalı dejenerasyonundan kaynaklanmaktadır. Sensorinöral işitme kaybı, ABD'de en çok görülen kronik hastalıklardan biridir ve 65 yaş üzeri popülasyonun %25'inden fazlasında işitme kaybı



vardır. Presbikuzili kimselerin en çok yakınmaları, sorunun şiddetine göre, gelen sesi duydukları ancak anlayamadıkları şeklindedir.

İşitme; sözel iletişimin oluşma, gelişme ve kullanımında en önemli unsurdur. İşitme becerisinin bozulması kişinin çevre ile iletişiminin bozulmasına yol açar. İşitme kayıplı yaşlıların rehabilitasyonundaki ilk uygulama genel olarak uygun işitme cihazı seçimidir. İşitme cihazlarının kullanımı işitme kaybının yol açtığı negatif etkileri ortadan kaldırır ve kişiye daha kaliteli bir yaşam sunar. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çalışma kapsamına alınan bireylerin duyularına ilişkin yapılan değerlendirmede %45,7 (n=70)'sinde işitme kaybı olduğu, bunların %28,1'inin işitme cihazı kullandığı, işitme kaybı olan yaşlıların %90,6'sının günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği saptanmıştır. Sağlık çalışanları işitme-duyma kaybı/yetersizliği olan yaşlı hasta ile iletişim kurarken;

- Yaşlıyla iletişime geçmeden önce ortamdaki gürültüleri (radyo, televizyon, vb.) azaltmalı,
- Konuşmaya başlamadan önce yaşlı hastanın dikkatini çekmeli,
- Hangi kulağının daha iyi duyduğunu belirleyip o yöne doğru konuşmalı,
- Hızlı konuşmamalı,
- Eğer yaşlı birey söylenen kelimeleri anlamamışsa sağlık çalışanı mesajı tekrarlararken farklı kelimeleri kullanmalı; çünkü duyma yetersizliği olan yaşlı hastalar bazı basit kelimeleri daha iyi duyabilir ve daha iyi dudak okuyabilir.
- Yaşlı bireyle konuşurken yüz yüze olmalı ve sözsüz iletişimi etkili kullanmalı (göz ilişkisi, dokunma, gülümseme, baş sallama gibi).
- Ağız kapatarak konuşmamalı,
- Hastanın ne duyduğunu bilmek için sık sık geri bildirim almalıdır.

Ses, konuşma ve lisan bozukluklarına bağlı iletişim güçlükleri Yaşın ilerlemesi ile birlikte tüm vücutta olduğu gibi insanın sesinde de bir takım fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Seste oluşan bu değişikliklerin bazıları kaçınılmaz ve engellenemez değişikliklerdir. Konuşma organları; alt ve üst çene, dişler, dudaklar, dil, uvula, yumuşak/sert damak, yanak, vokal kordlar, oral/nazal kavite, farenks, larenks, trakea, akciğer ve alveollerdir. Bunların birbirleri ile bağlantıları oldukça uyumlu olup, temel olarak üç fonksiyonu üstlenirler. Bu fonksiyonlar; çiğneme, yutkunma ve konuşmadır. Yaşlılığa bağlı olarak oral kavitede sıklıkla karşılaşılan; kas dokusunda, tükürük bezlerinde ve nöral yapıdaki morfolojik değişiklikler ile oral kavitenin histolojik değişiklikleri ve diş kayıplarıdır. Bu değişikliklere bağlı olarak veya kullanılan ilaçlar nedeni ile en sık karşılaşılan sorunlardan biri de ağız kuruluğudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastanede yatan yaşlılarda ağız kuruluğu ve ağız kuruluğunu etkileyen risk etmenlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, hastaların yaklaşık yarısında (%46,3) ağız kuruluğu olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca,

kavitedeki ligament, kas ve fibrillerdeki elastikiyet kaybı, atrofi veya incelmeler, dilin ve dudakların duyarlılığındaki azalmalar da yaşlılığa bağlı sık karşılaşılan diğer sorunlardır. Yaşlılıkta belirtilen bu yapısal değişikliklere bağlı olarak, sadece fonksiyonel olan çiğneme ve yutkunma zorluğu yanında, periferik bir fonksiyon olan konuşmada da bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bazı fonemlerde ve hecelerde telaffuz güçlüğü ile bunların daha yavaş çıkartılmaları da yaşlılıkta karşılaşılan konuşma güçlükleridir. Yaşa bağlı olarak larinkste değişimlerin meydana geldiği ve yine yaşla birlikte disfonilerin olduğunun bilinmesi yaşlı hastalar açısından önemlidir. Yapılan çalışmalarda, disfonilerin görülme sıklığının yaklaşık %12 olduğu belirlenmiştir. Yaşlılık döneminde işitme kaybı da sık olarak görüldüğü için, ses problemine işitme kaybının eşlik etmesi durumunda birey ile iletişim oldukça zor olmaktadır. Bu durum, bireylerde depresyona ve sosyal izolasyona yol açmaktadır. Tükürük yaşla beraber kimyasal değişikliğe uğrar. Tükürükteki pityalin miktarı azaldıkça müsin miktarı artar. Tükürük daha kalın ve daha visköz bir hal alır ve bu da yaşlılarda; ağız kuruluğu, oral mukoza ve dişlerde bakteriyel/fungal infeksiyonlar, dilde fissürlenme, glossitis, dudaklarda çatlama, tat alamama, sialadenit, ağız kokusu, parotis bezinin iltihaplanması, gingivitis, yutkunma ve konuşma güçlüğü gibi çeşitli sorunlara neden olur. Oral kavitedeki diş kayıpları ve protezlerin yokluğu hastanın konuşmasını etkileyerek iletişimde sorunlar yaşanmasına neden olur. Yarış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler ve var olan hastalıklar nedeniyle günlük aktivitelerin yapılabilmesi ve yardımcı olması amacıyla kullanılan yardımcı sağlık cihazları sorgulandığında, 311'inin (%55,5; n=560) diş protezi kullandığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da yaşlıların (yaş ortalaması; 74.78±6.76) %52,5'inde diş protezi olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları, dil problemi olan yaşlı hasta ile iletişim kurarken;

- Mümkün olduğunca yavaş ve akıcı konuşmalı,
- Yüksek sesle konuşmamalı,
- Eğer hasta sizi anlamadıysa konu tekrar edilmeli. Tekrarlarda mümkünse aynı cümleyi kullanmalı; çünkü kelimeleri değiştirmek hastalarda karışıklığa yol açar,
- Tıbbi terimler kullanmamalı,
- Cümlelerin en basit formları kullanılmalı; aktif cümleleri pasif cümlelerden fazla kullanmalı (örneğin “doktor sizi muayene edecek” cümlesi “doktor tarafından muayene edileceksiniz” cümlesinden daha iyi anlaşılır),
- Mantıklı ve açık direktifler verilmeli,
- Kısa ve yoğun açıklamalar yerine, söylenmek istenen şey uzun açıklamalar şeklinde ifade edilmeli,
- Hastada kafa karışıklığına yol açabilecek örnekler verilmemeli,
- Açıklamakta zorlanıldığı zaman resim ve modeller kullanılmalı,

- Hiçbir zaman bir seferde çok fazla bilgi verilmemeli,
- Hasta tarafından anlaşıldığından emin olunmalıdır.

### **13.8.Sonuç**

Yaşlanmayla ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel gerilemeye rağmen yaşam her dönemde kendine özgü özellikleri ile değerlidir. Görme, konuşma, ses ve işitme bozuklukları yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan değişikliklerdir. Bu değişiklikler bireyi sadece fiziksel yönden değil psiko-sosyal yönden de etkilemektedir.

İşitme, kişiler arası iletişimin oluşma, gelişme ve kullanımında en önemli faktördür. İletişimin diğer önemli öğelerinden birisi olan ses de kişinin iç dünyasını dışarıya yansıtan yollardan birisidir. Konuşma ve lisan ise sesi anlamlı kılan diğer önemli iletişim öğeleridir. Ancak, duyu organlarında yaşlanma ile ortaya çıkan bütün bu değişiklikler hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimde bir takım engellerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu engellere rağmen yaşlı hasta ile iletişim kurulması çok önemlidir. Her geçen gün yeni teknolojik gelişmelerin olduğu bu alanda yaşlı hasta ile iletişim kurulamaması tedavi ve bakım sürecinde istenmeyen komplikasyonlara ve başarısızlığa neden olabileceği unutulmamalıdır.

Bu nedenle sağlık çalışanları iletişim teknikleri ve iletişim güçlüklerine neden olan etkenler hakkındaki bilgilerini sürekli güncellemelidirler.

## Uygulamalar

## **Uygulama Soruları**

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Yaşlı hastalar ve hemşireler arasında belirgin bir şekilde iletişim güçlükleri vardır. Yaşlılarda iletişim, biyolojik yetersizliğe bağlı olarak azalabilir. Örneğin, yaşlılarda sıklıkla gözlenen işitme kayıpları yaşa bağlı olarak oluşan ve fazla ciddiye alınmayan bir yetersizliktir. İşitme kaybı pek ciddi olmasa da, bireyin iletişim yetisini etkilemesi açısından beklenenden daha sıkıntılıdır.

## Bölüm Soruları

1) Aşağıdakilerden hangisi insan iletişim sürecinin öğelerinden biri değildir?

- a) Kaynak
- b) Mesaj
- c) Alıcı
- d) Çevre
- e) Dokunma

2) Aşağıdakilerden hangisi yaşlılarda konuşma bozuklukları sebeplerinden biri değildir?

- a) Alt ve üst motor nöronların hasarlanması,
- b) Parkinson hastalığı,
- c) Edinilmiş dil ve konuşma kaybı olarak bilinen “afazi”,
- d) Beyin-damar hastalıkları,
- e) Hazımsızlık,

3) Aşağıdakilerden hangisi Sağlık Çalışanlarından Kaynaklanan İletişim Güçlüklerinden biri değildir?

- a) Tıbbi terminoloji kullanmaları
- b) Otoriter davranmaları
- c) Konuyu aniden değiştirmeleri
- d) Çok meşgul olmaları
- e) Dostça olmaları

4) Bir göz rahatsızlığı olan katarakt 65 ile 74 yaşları arasındaki insanlarda %50 iken, 75 yaş üstünde %.....'lere kadar yükselmektedir.

- a) 60
- b) 70
- c) 80
- d) 90

e) 100

5) Aşağıdakilerden hangisi konuşma organlarından biri değildir?

a) Alt ve üst çene

b) Dişler

c) Dudaklar

d) Dil

e) Mide

**Cevaplar:** 1)e 2)e 3)e 4)b 5)e



## **14. YAŞLILIK VE RUH SAĞLIĞI**

## **Bu Bölümde Neler Öğreneceğiz?**

- 14.** Yaşlılık ve Ruh Sağlığı
- 14.1.** Yaşlanma, Bellek ve Bunama
- 14.2.** Yaşlanma ve Ruhsal Hastalıklar
- 14.3.** Yaşlanma ve Uyku Sorunları
- 14.5.** Yaşlanma ve Cinsellik

## **Bölüm Hakkında İlgi Oluşturan Sorular**

## Bölümde Hedeflenen Kazanımlar ve Kazanım Yöntemleri

Konu	Kazanım	Kazanımın nasıl elde edileceği veya geliştirileceği
Yaşlılıkta ruh hastalığı	Yaşlanma, bellek ve bunama	

## **Anahtar Kavramlar**

Yaşlılarda ruh sağlığı

## **Giriş**

Yaşlılık, doğumdan başlayarak hayatın her döneminde olduğu gibi eksilmeler ve artmaların bir arada olduğu bir devredir.

## 14.Yaşlılık Ve Ruh Sağlığı

Yaşlılık, doğumdan başlayarak hayatın her döneminde olduğu gibi eksilmeler ve artmaların bir arada olduğu bir devredir.

Yaşlılık sanılanın aksine hayatın son dönemine girildiğinin habercisi ve işlev ve yeteneklerin sürekli kaybedildiği, eksildiği, zayıfladığı bir dönem değildir. Yaşlanırken bazı özellik, beceri ve yeteneklerimiz azalıp kaybolurken, daha önce sahip olmadığımız yeni özellikleri de kazanırız.

İnsan hayatının başlangıcından itibaren aslında sürekli bir şeyleri kaybederken başka şeyleri kazanarak yaşar. Yürüyebilmeyi başaran bir bebek, özerkliğini kazanırken, bir yandan da annesiyle olan koşulsuz bağlılığını yitirir. Okula başlamak, yeni bilgiler öğrenmek ve daha özgür olabilmeyi kazandırırken, evin rahat ve huzurunu, sorumsuzca tüm gün oyun oynayabilme özgürlüğünün yitirilmesini de içinde taşır.

Yaşlılığın yalnızca kayıpların arttığı ve kazançların artık olmadığı bir “sona yaklaşma” olarak görülmesi son yüzyılın bir özelliğidir. Yüzyıl öncesinde tüm dünyada ve halen birçok kültürde yaşlanma, toplumsal yapı içinde kazanılan prestijli bir statü olarak görülmekteydi. Özellikle sanayileşmiş toplumlarda giderek “genç” olmak bir saygınlık unsuru olarak görülmeye başlanmıştır.

Kime yaşlı denileceği son derece tartışmalı bir konudur. Yaşlılık için sınır kabul edilen 65 yaş yalnızca istatistiki bir sınırdır. Biyolojik yapıda özellikle o yaşta başlayan özgül bir değişim ya da gerileme saptanmış değildir. Yaşlıların başta bedensel işlevler olmak üzere bazı becerileri eskisine ya da kendilerinden daha genç olanlara göre daha çok kaybettikleri bilinmektedir.

Ancak bu işlev ve yapı kaybının kesin olarak belli bir yaşta başladığını söylemek mümkün değildir. Dahası bazı kayıpların başlangıcı tersine takvim yaşının çok düşük olduğu dönemlerden itibaren başlamaktadır. Örneğin çizgili kas kitlesindeki azalma yaklaşık 20 yaşlarında başlar. İnsanın yeni bir dili öğrenme becerisinin 10 yaşından itibaren azalmaya başladığı bilinmektedir. Bu bilgiler bize yaşlanmanın herhangi bir yaştan daha yaşlı olmak dışında bir anlamı olmadığını göstermektedir.

Yaşlanmanın korkutucu, sona doğru, ölüme daha yakın bir dönem olarak görülmesindeki en önemli etken, bu dönemin zihinsel işlev ve yeteneklerin kaybıyla eşleştirilmesinden kaynaklanmaktadır.

Yaşlanmanın hem akıl sağlığını gerileteceği, hem de ağır ruhsal hastalıkların ortaya çıkabileceği bir dönem olarak görülmesi en sık karşılaşılan yanlış inançlardan biridir.

Yaşlanma tek başına kişinin akli yeteneklerinin mutlaka bozulması anlamına gelmez. Yaşlandıkça bunamanın kaçınılmaz olduğu düşüncesi yanlıştır. Zihinsel becerilerin zayıflaması, yeni bilgileri kendisinden genç olanlara göre biraz daha zor öğrenmesi yaşlı

kişinin bunadığını göstermez. Sadece bazı işlev ve becerilerin eskisine göre daha yavaş, daha zayıf ya da daha az güçlü olduğunu gösterir.

Yaşlılık dönemindeki kişiler hiçbir zaman birbirine benzeyen ve ortak özellikleri daha fazla olan bir grup oluşturmazlar.

Tersine oldukça ileri yaşlarda olmalarına karşın zihinsel yetenek ve becerileri, kendisinden çok genç insanlardan ve yaşlılarından çok daha iyi olan çok fazla yaşlı vardır. Seksen, doksan gibi bu gün bile ileri yaş kabul edilen yaşlarda hayatlarının en önemli eserlerini üretmiş çok sayıda insan vardır.

Yaşlanma ve bağımsızlığı yitirme korkusu yaşlılığın korkutucu bir dönem olarak görülmesindeki en önemli etken, yaşlıların başkalarının yardımına gereksinim duymak zorunda kalacakları yanılığdır. Bu yanılığın kökeninde “bağımsızlığın” yitilmesi korkusu vardır. Kendi başına kendi gereksinimlerini karşılayabilme becerisinin yitilmesi, başkalarının yardımına ve bakımına muhtaç olma riski yaşlılığın korkutucu ve istenmeyen bir dönem olarak görülmesine neden olmaktadır. Sanayileşmiş toplumlar “genç” odaklı kültürler üretmektedirler. Böylesi bir kültürel değişim “tek başına, her işini yapabilen bireylerin ayakta kalabileceği” inancını doğurmaktadır. Bu birey odaklı kültür, yaşlanan kişinin her an başkalarına muhtaç olma korkusu çekmesine yol açmaktadır.

Oysa yaşlanan her kişinin bir başkasının yardımına gereksinim duymak zorunda kalacağı düşüncesi doğru değildir. Bir toplumun varlığını sürdürebilmesinin koşulu topluluk üyelerinin karşılıklı bağlılık ve yardımlaşmalarının olabilmesidir. Aslında her yaş döneminde kişi hem başkalarına gereksinim duyar, hem de başkalarının varlığı için gerekli özellikleri taşır.

Örneğin bebekler yaşamlarını sürdürebilmek için kesinlikle başkalarının varlığına ve yardımına ihtiyaç duyarlar; başka türlü var olamazlar. Bebeklere, çocuklara toplumsal yapıya görünür hiç bir katkıları olmamasına karşın yardım edilmesi, onların kuşakların devamı ve toplumun varlığını sürdürebilmesinin garantisi olmalarından kaynaklanır. Bebek ve çocuklar, aynı zamanda birine yardım edebilmenin mutluluk ve doyumunu, koşulsuzca sevilmenin hazzını da yaşattıkları için toplum içinde vardırırlar. Yaşlılar da belki özellikle ileri yaşlarda aktif olarak topluma üretimle katkıda bulunamazlar, ancak deneyimleriyle, yaşlanmanın sağladığı bilgelikle toplumsal yapının sürdürülebilmesinin önemli destek noktaları olarak bulunurlar.

Aynı şekilde saygı, birlik duygusu, ahlaki değerlerin korunması ve tecrübenin aktarılması gibi, toplumun varlığını sürdürebilmesinin garantörleri olarak yer alırlar.

Bağımsızlığı yitirme korkusu ve “muhtaç olmama”, yük olmama” çabası yaşlanan bireyin üstesinden gelebileceği rolleri üstlenmek yerine yaşlanmamaya çalışmasına neden olabilir.



Sağlıklı yaşlanmanın yolu, azalan işlev ve becerileri gizlemeye, onlardan utanmaya, onları yok saymaya çabalamak değil, koruduğu ve sahip olduğu özellikleriyle toplumun vazgeçilmez yapılarından biri haline gelmekten geçer.

Uzun yaşamanın getirdiği bilgelik, tecrübeleri merak edilen, fikri sorulan kişi olabilmeyi sağlar. Aile örgütlenmesinin içinde üstlene bilinecek ve başarılacak birçok işlev yaşlı kişiyi bekler.

### **14.1. Yaşlanma, Bellek ve Bunama**

Yaşlanma bellek işlevlerinde bozulma değil yavaşlamaya neden olur. Bellek işlevlerindeki azalma gerçekte oldukça erken yaşlardan başlayan bir özelliktir. On beş yaşında bir çocuğun bellek işlevleri on yaşındakinden, kırk yaşında bir erişkinin bellek işlevi de yirmi beş yaşındakinden daha zayıftır. Ama 65 yaşına gelindiğinde artık bellek işlevleri mutlaka bozulmuştur düşüncesi yanlıştır. Bellek işlevlerinde bozulma bunama (demans) olarak adlandırılan bir hastalık grubunda ortaya çıkar, bellek işlevlerinde yavaşlama ise herkes için ve sürekli kendinden genç olana göre daha yavaş olacak şekilde değişim gösterir. Üstelik çok ileri yaşlarda olmasına karşın, bellek işlevleri kendisinden çok daha genç olanlardan çok çok iyi olan sayısız yaşlı kişi vardır.

Bunama (demans) çok çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen bir hastalıktır. En sık görülen tipi olan “Alzheimer tipi demansın nedeni kesin olarak bilinmemektedir. İkinci sıklıktaki demans nedeni ise iyi tedavi edilmeyen yüksek tansiyon hastalarında görülen demanstır. Yüksek tansiyon orta yaş döneminde başlayan fiziksel bir hastalıktır. Nasıl bunama yaşlılığın doğal bir sonucu değilse, yüksek tansiyonun da mutlaka demansa neden olacağı düşünülmemelidir. Tedavisi düzenli ve doğru yapılmadığında, hasta ilaç kullanma dışında başta beslenme ve günlük hayat etkinlikleri olmak üzere yaşam tarzını hastalığın kontrol altında tutulmasını sağlayacak şekilde düzenlemezse, ilerde demans ortaya çıkabilmektedir.

Yaşlanma, yeni bir şeylerin artık öğrenilemeyeceği değil, daha önceki yaşlara göre biraz daha zor öğrenileceği bir dönemdir sadece. Yaşlandıkça azalan bellek işlevlerini koruyabilmenin yolu, onu çalıştırmaktan geçer. Türkçemizdeki “işleyen demir ışıldar” deyimini insan beyni ve zihninin işlevleri için tümüyle doğrudur.

Yaşlandıkça yavaşlayan bellek işlevleri ve yeni şeyler öğrenme kapasitesindeki azalmayla mücadele etmenin en yararlı yolu, tersine yeni şeyler öğrenmeye çalışmaktan geçer.

Sık sık bulmaca çözmek, kitap okumak, düzenli olarak günlük gazete, dergi okumak, çalışma hayatı boyunca fırsat bulunamayan hobileri geliştirmek için derneklere, kulüplere üye olmak, kurslara katılmak bellek işlevlerinin güçlenmesine çok büyük katkı sağlayacaktır.

Yaşlanma döneminde bellek işlevlerini koruyabilmenin en iyi yollarından biri de anılarını yazmaktır. Kişi mutlaka bir yerde yayımlamak amacıyla değil, kendi hayatını gözden geçirebilmek ve ona dışardan bir gibi bakabilip, değerlendirebilmek için de anılarını yazmalıdır. Bu yolla hem kendi bellek işlevlerindeki yavaşlamanın önüne geçilebilir, hem de

sonraki kuşaklara tecrübeleri aktarmanın, bu dünyayı ve kendi hayatını nasıl görüp, yaşadığını iletebilmenin olanağı kazanılmış olur.

## **14.2. Yaşlanma ve Ruhsal Hastalıklar**

Yaşlanmanın tek başına kendisinin ruhsal hastalıklara yakalanma riskini artırdığı ya da ruhsal hastalıkların yaşlı bireylerde daha çok görüldüğü düşüncesi yanlıştır. Örneğin yaşlılarda daha çok görüldüğü sanılan depresyon gerçekte bir orta yaş hastalığıdır. Altmış beş yaş üzeri nüfusta ciddi depresyon hastalığı görülme sıklığı yaklaşık %2-5'tir. Oysa 30-50 yaş grubunda ciddi depresyon görülme sıklığı %5-10 civarındadır.

Yaşlılarda depresyon hastalığı olmadan karamsarlık, isteksizlik, uyku bozukluğu gibi depresyonda görülen bazı belirtiler ise daha sık görülür. Bu belirtilerin daha sık olması yaşlılığın doğal sonucu değil, yaşlı bireyin kendine bakış açısıyla ilişkilidir.

Kendini üretken, işe yarar ve başkalarına yük olmayan olarak gören yaşlılarda bu tür belirtiler görülmemektedir.

Yaşlılarda görülen depresyon hastalığının önemli bir nedeni kronik fiziksel hastalıklardır. Yüksek tansiyon, şeker hastalığı, çok sayıda ilaç kullanımı öyküsü olan yaşlılarda depresyon daha çok görülmektedir.

Yaşlanmayla birlikte yaşam biçiminde ortaya çıkan değişimler de depresyon nedeni olabilmektedir. Emekliye ayrılmak ve sonrasında hiç bir iş ya da hobiyle ilgilenmemek, aile ve yakın çevreden, sosyal etkinliklerden uzaklaşıp, kendini yalıtma da depresyon için risk etkindir.

## **14.3. Yaşlanma ve Uyku Sorunları**

Yaşlılık döneminde sık karşılaşılan bir diğer sorun uyku bozukluklarıdır.

İnsanın uyku süresi doğumundan itibaren yaşla birlikte azalmaktadır. Yeni doğmuş bir bebek, günün neredeyse 20 saatini uyuyarak geçirirken, okul çağında bu süre önce 11-12 saate gençlikte dokuz, erişkinlikte ise yaklaşık 8-9 saate düşer. Yaş arttıkça kişinin sağlıklı ve dinlendirici bir uyku için gereksindiği süre azalır. Yaşlıların uyuması gereken sabit süre yoktur. 60 yaşından itibaren günde beş- dokuz saatlik bir uyku genel olarak yeterli olmaktadır. Yaşlıların uykusu genellikle gündüzleri olan çok kısa ya da kısa şekerlemelerle, gece bir kez olan daha uzun bir uyku şeklini alır.

Yaşlılarda uyku sorunları, genellikle ihtiyaç duyacağından daha fazla uyuması gerektiği yanlış inanişinden kaynaklanmaktadır.

Doğal olarak altı saatlik bir uykuyla dinlenebilecek bir kişi sekiz saat uyumaya çabaladığında sorunlar başlamaktadır.

Bir diğer önemli etken birçok yaşlının yapacak bir işi olmadığı düşüncesiyle sabahları erken kalkmaktan kaçınması ya da sabit ve düzenli bir uyanma saatinin olmamasıdır. Her yaş için geçerli olduğu gibi yaşlılık döneminde de sabahları erken ve olabildiğince her gün aynı saatte kalkmak çok yararlıdır.

Birçok yaşlı sabahları erken uyandığında, evin diğer üyelerini uyandırmaktan çekinmekte ve uyanmasına karşın yataktan çıkmamaktadır. Bu tutum da uyku düzeninin bozulmasına neden olmaktadır. Oysa sabahları erken kalkmak, olanak varsa yürüyüşe çıkmak, evin gazete, ekmek gibi basit sabah alışverişlerini yapmak, kahvaltı hazırlamak, yürüyüş mesafesindeyse okula giden çocuğa eşlik etmek gibi davranışlar kişinin kendisinde de “bir işe yarıyor olduğu” duygusunu güçlendirecek ve evin sorumluluklarına katılmış olma doyumunu sağlayacaktır.

#### **14.4. Yaşlanma ve Cinsellik**

Yaşlı insanlarda cinsel yaşamın bitmiş olması gerektiği düşüncesi son derece yanlıştır. Bu düşünce nedeniyle çoğu kez yaşlıların mahremiyeti olmayacağı sanılmakta, yaşam düzenlemeleri ona göre yapılmaktadır. Bu yanlıştır düşünce özellikle aktif ve sağlıklı bir cinselliği süren yaşlılarda bunu yok sayma, utanma gibi sonuçlara yol açmaktadır. Bu dönemdeki cinsellikle ilgili diğer sorun da tam tersi tutum ve düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Yaşla birlikte kaybolmayan ama doğal olarak azalan ya da yavaşlayan cinsel kapasiteyi zorlamak da kimi zaman sorunlara neden olmaktadır.

Önemli olan yaşlılık döneminin kendine özgü bir cinselliği taşıyabileceğini bilmek ve kabullenmektir. Cinsel doyum ilişki sıklığından, cinselliğin sevgi, şefkat, dokunma, birlikte yatma gibi boyutlarının ön plana geçmesine izin vermekle mümkün olabilecektir. Bu dönemde cinsellikle ilgili kaygıları ya da oluşan sorunları bir psikiyatrla paylaşmaktan çekinmemek gerekmektedir.

## Uygulamalar

## **Uygulama Soruları**

### **Bu Bölümde Ne Öğrendik Özeti**

Yaşlanmanın tek başına kendisinin ruhsal hastalıklara yakalanma riskini artırdığı ya da ruhsal hastalıkların yaşlı bireylerde daha çok görüldüğü düşüncesi yanlıştır. Emekliye ayrılmak ve sonrasında hiç bir iş ya da hobiyle ilgilenmemek, aile ve yakın çevreden, sosyal etkinliklerden uzaklaşıp, kendini yalıtmaq ruhsal hastalıklara zemin hazırlar.

## Bölüm Soruları

1) Yaşlanma bellek işlevlerinde bozulma değil ..... neden olur.

- a) Hızlanmaya
- b) Tekerlenmeye
- c) Yuvarlanmaya
- d) İlerlemeye
- e) Yavaşlamaya

2) Kırk yaşında bir erişkinin bellek işlevi de..... yaşındakinden daha zayıftır.

- a) 15
- b) 25
- c) 30
- d) 35
- e) 36

3) Özellikle yaşlılarda bellek işlevlerinde bozulma ..... olarak adlandırılan bir hastalık olarak ortaya çıkar,

- a) Parkinson
- b) AIDS
- c) Bunama (demans)
- d) KOAH
- e) AML

4) Aşağıdakilerden hangisi bellek işlevlerinin güçlenmesine katkı sağlayan yollardan biri değildir?

- a) Bulmaca çözmek
- b) Kitap okumak
- c) Anılarını yazmak
- d) Hobiler geliştirmek

e) Bol yürüyüş yapmak

5) Altmış beş yaş üzeri nüfusta ciddi depresyon hastalığı görülme sıklığı yaklaşık %.....'tir. Oysa 30-50 yaş grubunda ciddi depresyon görülme sıklığı %5-10 civarındadır.

a) 2-5

b) 5-10

c) 10-15

d) 15-20

e) 20-25

**Cevaplar:**1)e 2)b 3)c 4)e 5)a



## **KAYNAKÇA**

Yaşlanma ve Ruh Sağlığı. Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR

Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2012;9 (2): 51-56

Aile ve Toplum Eğitim- Kültür ve Araştırma Dergisi 2002 Cilt:2 Sayı:5,S:43

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, HASUDER Yayın No: 2012-1

Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Cilt III. Bölüm 29. Hacettepe Üniversitesi.

Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Bölüm 9. Erciyes Üniversitesi.

Kriz Dergisi 5 (2): 95-101; <http://www.elele.gen.tr/yaslilik>

[sdergi.hacettepe.edu.tr](http://sdergi.hacettepe.edu.tr)

