

KRİZ POTANSİYELİ TAŞIYAN BİR DÖNEM: YAŞLILIK⁺

Gülşen TERAKYE* Perihan GÜNER**

ÖZET

Yaşlılar Dünya nüfusunun % 14'ünü oluşturmaktadır ancak bu oran her yıl katlanarak artmaktadır. Yaşlı nüfus, gerek sağlık gerekse sosyal sorunları ile önemli bir toplum sağlığı problemi olarak görülmektedir. Yaşlılıktaki yaşam değişimleri kriz potansiyeli oluşturmakta ve bu nedenle de yaşlılar için özel hizmetler geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, kriz, toplum sağlığı

SUMMARY

Elderly make up the % 14 of the World population, but every year this percentage increases. Elderly have special bio-psycho-social problems aging is considered to be a community health issue. Life events of the aging process create potential crisis because of this fact some specific services have to be developed for this population.

Key Words: Elderly, crisis, community health

GİRİŞ

Birleşmiş Milletler, 1982 yılında Viyana'da düzenlenen "Dünya Yaşlılık Asamblesi'nde" 60 yaş

ve üzeri yaş grubunu yaşlı olarak kabul etmiş, yaşlanma sürecini kronolojik olarak üç döneme ayırmıştır;

45-59 yaş (Orta yaş)

60-74 yaş (Yaşlı)

75 yaş ve üzeri (İleri Yaş)

Bununla birlikte çoğu ülkede yaşlılıkta ilgili çalışmalar için 65 yaş ve üzeri yaş grubu "yaşlı" kabul edilmektedir.

Günümüzde çoğu ülkede yaşlılık bir problem olarak görülmektedir. Çünkü yaşlılar dünya nüfusunun % 14'nü oluşturmaktadır. Dünyada 60 yaş ve üzerindeki nüfus 1950 yılında 200 milyon iken bugün bu sayı 488 milyona ulaşmıştır, 2000 yılına kadar bu sayının 612 milyona ve 2025 yılında ise 1 milyar 200 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesinin "11 Ülkede Yaşlılık" başlıklı sosyo-medikal araştırmasında, 1950-1970 yılları arasında 60 yaş ve üzeri yaş grubunda % 30'un üzerinde artış olduğu, 1980-2000 yılları arasında % 35 oranında artış olacağı belirtilmektedir. 1950-1990 yılları arasındaki yavaş ve düzenli nüfus artışının gelecek 30 yılda daha hızlı bir artışa dönüşeceği belirtilmektedir. 1995 Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, önümüzdeki 30 yıl içinde gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfusun % 200-400 oranında artması beklenmek-

+ IV. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu'nda sunulmuştur.
* Prof. Dr. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD
** Uzm. Hem. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği ABD

tedir. Örneğin; Çin'in 2030 yılına kadar 300 milyondan daha fazla 60 yaş üzeri nüfusa sahip olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde ise 1985 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfusun % 4.2 si 65 yaş ve daha yukarı yaşlardaki nüfustur, 1990 yılı Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) verilerine göre yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı % 4 iken 2000 yılında % 5.5, 2010 yılında ise % 6.1 olması beklenmektedir. Türkiye'de toplam yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı 1993 nüfus-sağlık araştırmasına göre, 45-59 yaş (% 11.7), 60-74 (% 7.5), 75 ve üzeri yaş grubu (% 1.7) dir. Gelişmekte olan ülkelerde 60 yaş ve üzeri nüfus 1950 yılında % 6.3, 1990 yılında % 6.9, 2025 yılında % 12'ye ulaşacaktır. Hem bu nüfus değişimleri, hem de nüfusun çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde olduğu göz önüne alındığında 2025 yılında yaşlı nüfusun % 70'inden fazlasının gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir. 20. Yüzyılda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı nüfus sayı ve oranındaki artış, yaşlı nüfusa dikkati artırmıştır. Yaşlı nüfustaki bu artışın nedeni, hızlı nüfus artışı ve dünyada ölüm oranının azalmasını getiren tıbbi ve sağlık alanlarında kaydedilen gelişmelerle açıklanabilir. Doğum-ölüm arasında yaratılan bu denge-sizlik nüfus yapısının değişmesine yol açmıştır. Ölüm oranının azalmasının sonucu olarak doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması 1950 yılından beri dikkate değer orandadır, yaşamın uzaması ile birlikte kadın-erkek ölüm oranları arasındaki farkın artması kadınlar lehine gözlenmektedir. Üçüncü dünya ülkelerindeki çocuk ölüm oranında kaydedilen azalma, 1950-90 yılları arasında inanılmaz bir şekilde doğuştan beklenen yaşam süresini arttırmıştır. Bilinen bir şey de doğuştan beklenen yaşam süresindeki artışın günümüzden 2025 yılına kadar devam edeceğidir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalardan Çin'deki yaşlanma süreci dikkat çekici bir değişimi ortaya koymaktadır. Çin'in demografik profili son 40 yılda radikal olarak değişmiştir. Doğuştan beklenen yaşam süresi hızlı bir şekilde artmıştır ve erkekler için 1950 yılında 39 olan yaşam süresi, bugün 68 e ulaşmıştır ve 2025 yılında 75 yaş olacaktır. Kadınlar için beklenen yaşam süresi 1950 yılında 42 iken, 1990 yılında 71 olmuştur. 2025 yılında 79 olacağı beklenmektedir, 2000 yılına kadar dünyadaki yaşlıların % 61'i gelişmekte olan ülkelerde yaşayacaklardır. 2025 yılında gelişmekte olan ülkelerin nüfus piramidi, gelişmiş ülkelere çok daha fazla benzeyecektir.

Yaşlı nüfustaki artış, yaşlılığa bağlı felç, buna-ma, kanser gibi hastalıklara rastlanma sıklığının hızla yükseleceği anlamına gelir. Alzheimer ve diğer nedenlere bağlı bunamanın, tüm dünyada 80 yaş üzerindeki her 5 kişiden birini içine almak üzere, toplam 22 milyon kişiyi etkilemesi beklenmektedir. Çoğunluğu yaşlılar olmak üzere, bugün tüm dünyada en az 165 milyon romatoid artrit hastası olduğu tahmin edilmektedir. 50 yaş üzerindeki her üç kadından birinde menapoza bağlı kemik erimesi (osteoporoz) bulunmakta olup, bu kadınların tamamı kolay kemik kırığı riski altındadır. Yaşlı nüfus artışı ülkemizde diğer ülkelere göre düşük görünmekle birlikte, 60 yaş öncesinde emekliliğin söz konusu olması, sosyal güvenlik sisteminin dar kapsamlı olması, gelir dağılımındaki düzensizlikler yaşlı nüfusa yeterli sağlık kaynaklarının sağlanmasını ve sağlık sorunlarının çözülmesini sorun olarak gündeme getirir. Ülkemizde 65 yaş üzerindeki kişilerin % 90'ında genellikle bir kronik hastalık olup, bunların % 35 inde 2, % 23 ünde 3 ve % 15 inde 4 veya daha fazla hastalığa sahip oldukları belirtilmektedir.

Yaşlılık dönemi bireyin üretimden çekildiği, rol-statü kayıpları yaşadığı, bağımlılığın ve kaza riskinin arttığı, fiziksel gücün azaldığı, yeti yitimlerinin arttığı, bedenın dış çevreye uyumunun ve stresörlere direncinin zayıfladığı, immün yetmezlik nedeniyle hastalıklara yatkın olduğu pek çok dejeneratif ve kronik hastalık yaşadığı, ilaç tüketiminin arttığı bir dönem olarak hem sağlık sistemini hem de sosyal, ekonomik sistemleri ilgilendiren çok sektörlü, çok disiplinli hizmeti gerektiren bir toplum sağlığı sorunudur.

Yaşlılıkta görülen fizik problemler yaşlılığın beklenen sonucu mudur, bir hastalık işareti midir? Bunu ayırdetmek problemi ile karşı karşıya kalınmakta ve pek çok hastalığın erken tanılanması mümkün olmamaktadır. Yaşlıların tıbbi sorunlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan taramalar sonucunda, bu yaş gruplarında bildirim yapılmamış hastalık sayısının çok yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlılardaki birçok hastalığın tanısı konulmadığı ve tedavi edilmediği bilinmektedir. Yaşlılar normal yaşlanma ile hastalık olayını karıştırmakta, sorunlarını yaşlılık için normal bir durum varsaymakta ve yapılacak birşey olmadığına inanarak çoğu zaman hastalık bildiriminde bulunmamaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık; patolojinin olmamasından çok, bireyin fonksiyon durumuyla ölçülür. Kronik Hastalığı olan bir insan hasta olarak adlandırılmaz bu insan sosyal ve entellektüel yönden aktif ise sağlıklı olduğu söylenebilir. 60 yaş üzerindeki bireylerde kronik hastalık sayısı fazladır, ancak bu bireylerin sağlıklarından söz ederken, sadece kronik hastalıkları değil, sosyal ve entellektüel yönden aktif olmasını engelleyen fonksiyon kayıpları da gözden geçirilmelidir.

Finlandiya'da yaşayan 65-74 yaş grubunun %76.51'inde, 75 yaş üzeri grubun %78'inde kronik hastalık rapor edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, evde yaşayan 60 yaş üzerindeki bireylerin %49'unda 2 ya da daha fazla, %24'ünde 4 ya da daha fazla kronik hastalık vardır, Fransa'da 65 ve üzeri yaş grubu erkeklerde kronik hastalığa sahip olma oranı %49.8 iken, kadınlarda %58.5 olduğu belirtilmektedir. ABD de 75 ve üzeri yaş grubu kadınların %30'unun günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimi varken, bu oran erkeklerde %17'dir. ABD de 80 ve ileri yaş grubu kadınların %80'i çoklu problemlere sahip iken, erkeklerde bu oran %53 olarak bulunmuştur. Kadın nüfusun yaşam süresi daha uzun, ancak uzun yaşam yıllarında fiziksel ve sosyal bağımlılık oranı daha yüksektir. Fonksiyon kaybı olan yaşlı sayısı ülkeden ülkeye değişmektedir. Fonksiyon sınırlılıkları olan yaşlı oranı, Avustralya'da yaşayan yaşlıların %32'sidir. Finlandiya'daki yaşlıların %80'i fonksiyon yetersizliği yaşamaktadırlar. Kanada'da 50-54 yaş grubundaki insanların %15'inde bazı derecelerde fonksiyon yetersizliği vardır. Bu oran 70 yaş üzerindeki grupta %40 olarak bildirilmektedir. ABD de bu oran 85 yaş üzeri yaş grubunda %45 olan günlük aktivitelerde yardım gereksinimi, 65-69 yaş grubunda bu oranın %9 olduğu görülmüştür.

Yaşlı bireylerde çoklu ve süregelen hastalık oranı yüksektir. İşlevsel yetmezlikler vardır, mortalite yüksektir, iyileşme yavaştır, hatta iyileşmeme-yatağa bağımlı olma olasılığı yüksektir. Yaşlılıkta denge problemleri, kalp hastalıkları, inkontinans, artrit, kırıklar, akciğer problemleri, Parkinsonizm, felçler, konfuzyon, depresyon, görme-işitme problemleri sık görülür. Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik değişimler ise, moleküler düzeyde enzim aktivitesinde değişim hücresel düzeyde hücre bölünmesinde değişim, deride, diğer organ ve dokularda bozulma, immün sistemde zayıflama, vital kapasite-

tede, akciğer kapasitesinde, kas tonusunda azalma, kardiyak kapasitede değişim, hafıza ve entellektüel güçte azalma, işitme-görme-tat duyularında azalma, osteoporoz ve buna bağlı postur bozuklukları, boşaltım düzeninde bozulma, kolesterol düzeyinde ve sistolik kan basıncında artmadır.

Yaşlıda gittikçe artan fiziksel değişiklikler bireyin aktivitelerinde azalma ve yavaşlamaya neden olur; *aktivite kaybeden birey sistemlerini yetersiz kullanmaya başlar, bu durum fonksiyon azalmasına neden olur.* Bireyin bağımlılığı artar, hastalık etkenleri bireyi daha fazla etkiler ve hastalık insidansı yükselir. Yaşlılar birkaç ilacı birlikte ve uzun süre kullanmak durumundadırlar. İyi görmeme, iyi duymama, hatırlama güçlüğü, anlatılanı yeterince anlamama gibi nedenlerle yaşlının ilacını doğru kullanamaması da önemli bir sorundur. Yaşlılıkta alkol kullanımı söz konusuysa ilaç kullanımıyla birlikte ciddi fizyolojik sorunlar yaşanmaktadır. Fransa'da 65-79 yaş grubundaki bireyler ortalama iki kat daha fazla ilaç tüketmektedir. 80 ve üzeri yaş gruplarında ise, ortalama 2.5 kat daha fazla ilaç tüketmektedirler. Bu oranın son birkaç yılda, daha da arttığı söylenmektedir.

Nüfus yapısı dikkate alındığında, yaşlı ve çocuk sayısı çalışan nüfustan fazladır, bu durum yaşlıların bakım ve hizmet gereksinimini artırmaktadır. Doğumdan beklenen yaşam süresi arttıkça kronik hastalıklı ve yeti yetmezliği olan yani uzun süreli bakım gerektiren insan sayısı artmaktadır. Yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla daha fazla sağlık yardımı aradıkları bilinmektedir. Örneğin 50-55 yaş grubunda bir yılda erkeklerin %73.5i, kadınların %81.7'si bir uzman doktora gitme gereksinimi duymuşlardır. 70 yaş ve üzeri yaş grubunda ise bir yılda erkeklerin %84'ü, kadınların %87.4'ü bir uzman doktor tarafından muayene edilmiştir. Bu sayısal büyüme sağlık bakım hizmetlerini kullanan yaşlı bireylerin sayısını ve sunulan hizmetin maliyetini artırmaktadır. Çoğu ülkede nüfus değişimleri ülkelerin ulusal sağlık ve sosyal yardım programları üzerine büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Gelişmiş ülkelerde, toplam nüfusun %15'inden daha azını oluşturan yaşlı nüfus için yapılan sağlık harcamaları toplam harcamanın üçte birini (1/3) oluşturur. A.B.D.'de sağlık bakımına yönelik harcamaların %52.9'u yaşlılara yapılmaktadır. Bu oran, 20 yaş altındaki nüfusa yapılan harcamadan 17 kez daha fazladır. Bu masrafların çoğunluğunu hastane

masrafları ve huzurevi faturalarından ortaya çıkar. Bunlara ilave olarak yaşlı bireylerin daha çok doktora gitmeleri, spesial personele daha fazla gereksinim duymaları ve daha çok ilaç kullanmaları da maliyet artışa yol açmaktadır. Hastane faturalarının, 65 yaş ve üzeri nüfus için sağlık harcamalarının en büyük oranını oluşturduğu söylemiştik. Çünkü yaşlı bireyler, hastaneye daha sık yatarlar ve daha uzun süre kalırlar. Örneğin; İsrail'de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %9'dur ve bu nüfus toplam yatak sayısının üçte birini kullanmaktadır.

Gelişmiş ülkelerin yaşlılıkla ilgili karşı karşıya olduğu sorunlar, gelişmekte olan ülkeleri de beklemektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerin geleceğin sağlık sorunlarını karşılayacak hazırlıkları yoktur. Oysa bu ülkelerde hızlı bir sosyal değişim yaşanmakta, büyük kentlere göç gibi bazı nedenler geleneksel aile tipinin değişimine neden olmaktadır. Bu koşullar yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşamalarını güçleştirmekte, yalnızlık, sosyal ve ekonomik destekte azalma sonucunu getirmektedir.

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 değerlendirildiği görülmektedir. Aydınalp'in 1983 yılında yaptığı 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 popülasyonunda 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 %9u ailesinden maddi destek almaktaydı. Emeklilikten sonra görülen gelirkaybının 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 yaşlinın yalnız ya da eşiyile 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 ölümlü gözleme ölüme yakınlaşmayı 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 yapı 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 yapılması sözkonusu 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 yapılandırılırken 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 üzerindeki "yaşlı bireyler" olarak gruplanmalarına karşın bu yaş grubu insanlar sağ-

lık 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 başıcası, günlük yaşamla başetme yeteneğidir. Bu yeteneğin belirleyicisi sadece hastalığın olup-olmaması, hastalık şiddeti değildir. Başetme yeteneği, mevcut hizmetler dahil olmak üzere çevre özellikleriyle, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik sosyal boyutuyla da ilişkilidir.

Yaşlı bireylerin mental ve sosyal durumları, somatik yaşlanma süreci handikap 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 önemlidir
- 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 artırılma-

sı, 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 eğilimidir, 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 yapılabilir.

Tablo 1

* Avrupa ülkelerinde 65 yaş üzerindeki nüfusun %10'undan daha azı kurumlarda yaşamaktadır.

* 65-74 yaş grubu bireylerin yaklaşık %15'inde ileri derecede hareket sınırlılığı söz konusudur.

* Hareket sınırlılığı 75 yaş sonrası hızla artmaktadır.

Destek gerektiren handikaplara sahip bireylerin üçte ikisini 75 yaş ve üzeri yaş grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 2

* Süreğen, çoklu hastalıklar yaşlılık döneminin en belirgin özelliğidir. 60 yaş ve üzerindeki kilerin %50'sinden fazlasında 3 veya daha fazla süreğen hastalık bulunmuştur.

* Yaşlılara yapılan sağlık harcamaları önemli miktardadır. Son 10 yılda sağlık bakım bütçesinin yaklaşık yarısının yaşlıların tıbbi bakımları için harcanmakta olduğu belirtilmektedir. Ayrıca 75 yaş üzerindeki kilere yapılan sağlık harcamalarının 16-64 yaş grubuna göre 6 kat fazla olduğu bildirilmektedir.

KAYNAKLAR

WHO Regional Office For Europe Copenhagen, Ed. E. Heikkinen, W.E. Waters, Z.J. Przewinski, *The Elderly in Eleven Countries*, 1983, Denmark.

Berkman LF, Oxman TE, Seeman TE: *Social Networks and Social Support Among The Elderly: Assessment Issues* (In *The Epidemiologic Study of the Elderly*, Ed. Wallace RB, Woolson, R.F., Oxford University, New York, 1992).

Williamson J, Smith, RG, Burley LE: *Primary Care of the Elderly: A Practical Approach*, Wright, Bristol, 1987.

Le'gare', J: "Demographic Aspects of the Ageing Process Past and Future Trends" *Synthesis of National Monographs on Population Ageing*. Valletta (Malta), International Institute on Ageing. 1993.

Myers GC: "Health Aspects of the Ageing Process" *Synthesis of National Monographs on Population Ageing*. Valletta (Malta), International Institute on Ageing. 1993.

Tabah L "Economic and Social Aspects of the Ageing Process" Synthesis of National Monographs on Population Ageing Valetta (Malta), International Institute on Ageing 1993

Shamonian CA "Assessing Depression in Elderly Patients" Hospital and Community Psychiatry Vol 36, No 4, 1985

Logan BB and Dawkins CE Family-Centered Nursing in the Community San Juan, Addison-Wesley Publishing Company 1986

Kut S "Yaşlı Hizmetleri Politikası" Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempo-

zum Kitabı, Ankara, H U Hemşirelik Yüksekokulu, 26-27 Kasım 1992

Eminoğlu V "Sosyo-kültürel Yönleri ile Sağlıklı Yaşlanma" Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, H U Hemşirelik Yüksekokulu, 26-27, Kasım, 1992

"Yaşlılık Grubu Çalışma Raporu" I Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, T C Sağlık Bakanlığı, 25-27 Mart 1992

Guner P "Geriatri ile ilgili Uluslararası Kısa Donem Eğitim Kurs Notları, BM Uluslararası Yaşlılık Enstitüsü, Lata, 20 Kasım-1 Aralık 1995

ICN "HEALTHY AGING, 1992