Yaşlanma ve Toplum

YAŞLANMA VAKFI DERGİSİ YIL : 9 SAYI : 9

ARALIK 2023



Makale, Deneme, Röportaj, Haber yazılarıyla

Nilüfer Korkmaz Yaylagül
Hande Kırışık
Büşra Nur Erol
İkuko Murakami
Nurcan Uzdil
Yvonne Kerkhof
Elif Çevik
Alper Çevik
Gökçen Aydın Akbuğa
İbrahim Yerden
Durak Koçak
Filiz Özkan



Yaşlanma ve Toplum

YAŞLANMA VAKFI DERGİSİ YIL : 9 SAYI : 9

ARALIK 2023

Bahadın Yaşlanma Vakfı yayın organıdır.

Bahadın Yaşlanma Vakfı adına imtiyaz sahibi:
İbrahim Yerden

Yazı İşleri Müdürü
Sadık Güvenç

Grafik Tasarım ve Mizampaj
Naciye Kılıç

İletişim:
Bahadın Yaşlanma Vakfı
Aydınlar Mahallesi-Bahadın- Sorgun/ Yozgat
www.bahadinyaslibakım.com

ISBN: 978-605-73828-0-1

Bu dergide ileri sürülen görüş ve düşünceler yazarlarına aittir.
Bundan dolayı Bahadın Yaşlanam Vakfı sorumlu tutulamaz.
Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.
Ayrıca izin alınmasına gerek yoktur.

Bahadın'da Yaşlanma Vakfı İletişim Kanalları:
Web sayfası : www.Yasli-Bahadin.com
Facebook : bahadinda yaslanmak
Dergi: Yaşlanma ve Toplum

İLETİŞİM:
0552 641 50 23 - 0552 642 50 23
0 354 423 12 23

İÇİNDEKİLER *CONTENTS*

Dergi Hakkında 2

Editörden 8

Eşitsiz Toplumlarda Sağlıklı Yaşlanmak Mümkün mü?
Nilüfer Korkmaz Yaylagül 9

Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Geliştirmek
Sağlık Eşitsizliklerini Azaltmanın Bir Yolu Olabilir mi? / Hande Kırışık 13

Sağlıklı Yaşlanmanın Desteklenmesine Yönelik Uygulamalar / Büşra Nur Erol 19

Bir Edebiyat Eserini Gerontolojik Bakış Açısıyla Değerlendirmek:
Alphonse Daudet'in 'Cornille Usta'nın Esrarı' Hikayesi / İkuko Murakami 30

Yaşlılık ve Yerinde Bakım: Bir Proje Örneği Filiz Özkan / Nurcan Uzdil 34

Erken Demans Hastası Kişiler İcin Öz Yönetim ve Anlamlı Faaliyetler İçin Dijital
Destek Kişi Odaklı Bir Tablet Programının Geliştirilmesi, Uygulanması ve Fizibilitesi
Yvonne Kerkhof 38

Sağlık Hakkı Perspektifinden Yaşlılıkta Eşitsizlikler / Elif Çevik 47

Yaşlılık, Sağlık Ve Eşitsizlik: Gerontoloji Perspektifinden
"60+ Tazelenme Üniversitesi" Kurucusu Prof. Dr. İsmail Tufan İle Söyleşi
Alper Çevik / Elif Çevik 54

Yaşlanmadan Yaş Almak İçin Tazelenme Üniversitesi: Yaş Sadece Bir Sayıdır
Gökçen Aydın Akbuğa 57

Bir Öğrencinin Gözünde Tazelenme Üniversitesi / Durak Koçak 59

Hollandalı Kurum Temsilcileri Ve Uzmanlarla Bahadın Yaşlı Bakım Modelini
Yerinde Ziyaret / İbrahim Yerden 60

Yaşlanma ve Toplum

DERGİ HAKKINDA

Yaşlanma ve Toplum dergisi, 2014 yılından beri yayımlanan bir dergidir. 2018 yılından itibaren kapsamını geliştirerek uluslararası hakemli bir dergi olmuştur. Dergide yer alan bütün yayınlar hakemlik sürecine tabidir. Dergi, basılı ve elektronik olarak yayımlanmaktadır.

Amaç ve Kapsam

Yaşlanma ve Toplum dergisi, yaşlanmanın toplumsal boyutlarını bütüncül olarak ele alarak yaşlılık alanında toplumu bilgilendirmeyi amaç edinmiştir. Bunun için alanındaki akademik çalışmaları yayımlamayı ve bu alandaki sorunlara bilimsel ölçütler içerisinde tartışma ortamı sağlamayı amaçlamaktadır.

Yaşlanma ve Toplum, uluslararası, hakemli bir dergidir ve 2022 yılından itibaren yılda bir kere yayımlanacaktır. Yaşlanma ve Toplum dergisinin yazım dili Türkçe ve İngilizcedir. Ancak yazıların tamamının veya bir bölümünün başka dillerde de yayımlanması mümkündür.

EDİTÖR
Sadık Güvenç

YAYIN KURULU

Hans M. Becker
Seval Bozkurt
Arslan Bozdemir
Ferda Erdemir
Nilüfer Korkmaz Yaylagül
İbrahim Yerden

HAKEM KURULU

Dr. Öğretim Üyesi Gözde Akış - Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Hasan Hüseyin Başıbüyük - Akdeniz Üniversitesi
Prof.Dr. Gülüşan Başıbüyük - Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hans M. Becker - Residence Roosenburch
Prof. Dr. Selda Bulut – Hacı Bayram Üniversitesi
Prof. Dr. Süleyman Bulut - Ankara Numune Hastanesi
Prof. Dr. Ferit Çiçekçioğlu - Bozok Üniversitesi
Prof. Dr. Bülent Çiftçi - Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Mustafa Çoban - Akdeniz Üniversitesi
Dr.Öğr.Ü. Gökçe Yağmur Güneş – Akdeniz Üniversitesi
Doç.Dr. Işıl Kalaycı – Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Yvonne Kerkhof - Saxion üniversitesi, Hollanda
Prof. Dr. Murat Korkmaz - Bozok Üniversitesi
Dr. Öğr. Gör. İkuko Murakami - Akdeniz Üniversitesi
Doç.Dr. Mehtap Pekesen - Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Bedriye Poyraz - Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Sevinç Sütlü - Burdur Mehmet Akif Üniversitesi
Prof. Dr. Theo van Tilburg - Vrije Universiteit, Amsterdam
Prof. Dr. İsmail Tufan - Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Levent Yaylagül - Akdeniz Üniversitesi

Yayın Kuralları

Yaşlanma ve Toplum dergisi öncelikli olarak bilimsel araştırma makaleleri ve bununla beraber derleme ve rapor ve röportajlara da yer vermektedir.

Çeviri metinler hariç başka bir yerde yayımlanmış yazılar dergiye gönderilemez. Yayımlanan yazıların her türlü sorumluluğu yazar / yazarlarına aittir.

Eğer makalede daha önce yayımlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise yazar, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır.

Bilimsel toplantılardaki sunum, bildiri ve özetler gibi daha önce kullanılmış çalışmalar makaleye dönüştürülüyorsa makalede belirtilmek zorundadır.

Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlük'ü veya http://www.tdk.org.tr adresi ayrıca ilgili branşların kendilerine ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.

Yayımlanmaya kabul edilen eserlerin yayın hakkı dergiye aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmez. Dergi açık erişimlidir.

Dergiye gönderilecek yazılarda yazarlardan:

√ Başlık sayfası

√ Türkçe-İngilizce özetin, ana metnin ve kaynakların yer aldığı makale metni

√ Araştırma makaleleri için etik kurul onayı

√ Benzerlik raporu

√ Yazar/yazarlar tarafından imzalanmış telif hakkı devir formu istenmektedir.

Başlık sayfası yazım sırası:

1. Yazı başlığı: Makale Türkçe başlığı ve İngilizce başlığı

2. Yazar adı/adları sola dayalı yazılmalıdır.

3. Çevirenin adı (sağa dayalı)

4. Yazar/yazarlarla ilgili iletişim bilgileri (kurum adresi, telefon, email adresleri) yazılmalıdır.

5. Yazar/yazarların ORCİD numaraları belirtilmelidir.

6. Yazarlar arasında varsa çıkar çatışması belirtilmelidir.

Makale metni sırasıyla şu yazım kurallarını içermelidir:

İlk başvuru sırasında makale dosyası **İSİMSİZ OLARAK** yüklenmelidir. Ana metin dosyasında **yazarlar, çalıştıkları kurumlar vb. tanıtıcı bilgiler bulunmamalıdır.**

Yazılar Windows (Microsoft Word) uyumlu sözcük işlemci programıyla yazılmalıdır. Dergiye gönderilen kısa yazıların tamamı (kaynaklar hariç) 1500-2000 kelime olmalı araştırma makaleleri ise 5000 kelimeyi geçmemelidir.

Sayfa Düzeni

√ Makale metninin yazımında, her sayfanın kenarlarından 2,5 cm boşluk bırakılmalıdır.

√ Makale metninin, satır sonlarında hece bölmesi yapılmamalı ve makale metninin yazımı iki yana yaslı olmalıdır.

√ Sayfaların numaralandırması, sayfanın altında ve sağa yaslı olmalıdır. Sayfa numaraları Times New Roman yazı karakterinde 12 punto boyutunda olmalıdır.

1. Makale Türkçe başlığını içeren kelimelerin hepsi BÜYÜK HARFLE olacak şekilde sola dayalı, bold yazılmalıdır.

2. Türkçe – İngilizce Özet 250 sözcüğü geçmeyen, Times News Roman 10 punto, italik, tek satır aralıklı olarak yazılmalı, anahtar kelimeler (en az üç en fazla beş olmak üzere) belirtilmelidir.

3. Araştırma makaleleri Özet, Abstract, Giriş, Materyal ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar kısımlarından oluşmalıdır.

4. Ana bölüm ve alt bölüm başlıkları sol tarafa yaslı olacak şekilde yazılmalıdır.

• Ana bölüm dahil, tüm başlıklar ve alt bölüm başlıkları 12 pt boyutunda bold olmalıdır.

• Ana bölüm başlıkları bağlaçlar dâhil BÜYÜK HARFLE, alt bölüm başlıkları ise bağlaçlar hariç her sözcüğün ilk harfi büyük olarak yazılmalıdır.

• Alt başlık numaralandırmaları gereksinime göre yapılabilir.

• Numarasız alt başlıklar varsa, bunlar bold ve eğik (italik) olarak 12 pt boyutunda ve sayfa solunda verilmelidir.

1. Yazı metni; Times New Roman ile (12 punto, 1,5 aralıklı) yazılmalıdır. Paragraf yapısı soldan hizalı, girintisiz, satır önce ve sonrasında 6 nk değerde olmalıdır.

2. Noktalama işaretlerinden sonra bir karakter boşluk bırakılmalıdır.

3. Tablo ve şekiller metin içinde açıklamanın devamında yer almalıdır. Tablolar ve şekiller sayfa kenar boşluklarına taşmamalıdır. Numaralama ve açıklama; Şekillerin altına ortalı olarak, Tabloların ise üst kısmına sola yaslı yazılmalıdır. Tablo ve Şekil başlıklarının tümü 12 pt ve bold olmalıdır.

Kabul edilen makaleler için yukarıdaki yazım kurallarına ek olarak

Yazı ikinci sayfadan başlamalıdır ve araştırma makaleleri Özet, Abstract, Giriş, Materyal ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar kısımlarından oluşmalıdır.

1. MAKALENİZİ ÖRNEK MAKALE ŞABLONUNA GÖRE DÜZENLEYİNİZ.

2. Makale Türkçe adı, Yazar adı, orcid numarası, açıklamalar aşağıdaki gibi verilmelidir.
Yazarla ilgili açıklama (sayfa altına (*) işareti ile) dipnot olarak verilmelidir.

√ Varsa çevirmen ile ilgili açıklama ve iletişim bilgileri (sayfa altına (**) işareti ile) dipnot olarak.

√ Varsa yazı ile ilgili açıklama (sayfa altına (***) işareti ile) dipnot olarak gösterilmelidir.

Kaynak gösterimi

Yazılarda atıflar ve alıntılar APA 7 versiyonuna uygun olarak yapılmalıdır. Dipnot ve kaynaklar standartlara uygun olarak verilmeli, ikinci kaynaktan yapılan alıntılarda, asıl kaynak da belirtilmelidir. Metin içinde atıflar yazar soyadı ve tarih (Korkut, 1999) verilerek belirtilmeli, "Kaynakça" bölümünde alfabetik sıra izlenmelidir.

Kitap

Kitap ismi italik ve küçük harflerle verilmelidir. Kitap isminin başında ve sonunda nokta olmalı ardından yayınevi düz ve büyük harfle başlayacak şekilde verilmelidir.
Topses, M.D. (2011). *Niyazi Berkes'in Sosyoloji Anlayışı.* Anı Yayıncılık.
Metin içinde kitaplar (Topses, 2011) şeklinde verilmelidir. & işareti "ve" yerine kullanılmalıdır.

Derleme kitap

Metin içinde gösterimi parantez içinde yazar ve yıl şeklindedir. Kaynakçada ise aşağıdaki gibi gösterilmelidir.
Bulut, S. (2009). Medyada Çokuluslu Şirket Egemenliğine Doğru Evrilme: Rupert Murdoch ve Fox TV. S. Bulut (Ed.), *Sermayenin Medyası Medyanın Sermayesi* (1. Basım, ss. 75-114). Ütopya Yayıncılık.

Makale

Makalelerde makale ismi küçük harflerle düz ancak dergi ismi büyük harfle başlayacak ve italik şekilde yazılmalıdır. Dergi cilt sayısı verilmeli sayı no parantez içinde olmalı, sonunda sayfa içeriği verilmelidir.

Bulut, S., & Yaylagül, L. (2004). Türkiye'deki yazılı basında yargıtay ve mafya ilişkisine yönelik haberler. *İletişim Dergisi,* 19(1), 119-142.
Metin içinde ise (Bulut & Yaylagül, 2004) olarak verilmelidir.

DOI yazımında tüm adres yazılmalıdır.
https://Doi.Org/10.11114/Jets.V4i12.1869
Metin içinde 3 ve daha fazla kişi için kaynakça gösterirken birinci isim ve diğerleri biçiminde yazılmaktadır.

(Aktay ve diğerleri, 2017)
Kaynak gösteriminde ise tüm isimler gösterilmelidir.

İnternet kaynağı

İnternet sitesi alıntılarında yayın başlığı italik yazılır. Yeri ve URL adresi yazılmalıdır.

Aktay, S. (2010, Temmuz 10). İnternet nasıl çalışır?. İnternet Nedir. http://www.internetnedir.net/internet-nasil-calisir.html

Makale Gönderimi

Dergi yazım kurallarına uygun olarak düzenlenen yazılar, başlık sayfası ayrı ve metin kısmı ayrı dosyalar (Metin dosyasında yazar bilgileri yer almamalıdır) olmak üzere iki dosya halinde sadikguvenc62@hotmail.com adresine gönderilmelidir.

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

Yaşlanma ve Toplum Dergisi akademik ve akademik olmayan ancak alanda özgün olan çalışmalara yer vermektedir.
Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği ve telif hakkının dergiye devredildiği belirtilmelidir.
Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları varsa belirtilmelidir.
Yaşlanma ve Toplum Dergisi'ne gönderilen tüm makaleler çift taraflı kör hakemlik süreci ile değerlendirilmektedir.
Hakemler, editör kurulu tarafından kendilerine verilen süre içinde değerlendirdikleri makalenin alana katkısı ve makalenin yayımlanabilir olup olmadığına ilişkin kararları ve bu kararlarına ilişkin gerekçelerini sunarlar.
Editör, dergiye gönderilen makaleleri dergi yazım kuralları, çalışmanın önemi, özgünlüğü açısından değerlendirir ve makaleyi ilk gönderim sürecinde reddederse bunun gerekçelerini yazarlara iletir.
Yaşlanma ve Toplum Dergisi, Bahadın Yaşlanma Vakfı tarafından yayımlanmaktadır.
Dergide yer alan yazılardan kaynak gösterilerek aktarma ve alıntı yapılabilir.
Dergide yer alan yazıların bütün hukukî sorumluluğu yazarlara aittir.

Ageing and Society

ABOUT US

The Ageing and Society Journal has been published since 2014. Since 2018, it has developed its scope and become an international peer-reviewed journal. All articles in the journal are subject to the peer review process. The Journal is published in print and electronically.

Purpose and Scope

The Ageing and Society Journal aims to inform the society about ageing by considering the social dimensions of ageing in detail with a holistic approach. For this purpose, it aims to publish academic studies and provide a platform for scientific discussions as to the problems in this field.

The Ageing and Society Journal will be published once a year from 2022. The Journal publishes manuscripts in Turkish and English. However, it is also possible to publish manuscripts that are written either partially or fully in other languages.

EDITORAL BOARD

Editor
Sadık Güvenç
Editorial Board
Hans M. Becker
Nilüfer Korkmaz Yaylagül
İbrahim Yerden
Arslan Bozdemir
Ferda Erdemir
Seval Bozkurt

PUBLICATION RULES

The Ageing and Society Journal primarily publishes research articles but also covers reviews, reports and interviews.

No articles that are already published elsewhere should be submitted to the Journal except for translated manuscripts. All responsibility for the published articles belongs to the author(s) of the article.

Should the article include quotations, tables, pictures, etc. which have been previously published, the author must obtain written permission from the copyright owner/authors and state this in the article. If previously used studies such as presentations, papers and abstracts in scientific meetings are being adapted into articles, they must be acknowledged in the article. The articles in Turkish should be based on the Dictionary of the Turkish Language Association or http://www.tdk.org.tr and the glossary of terms in the relevant field of study.

The publication rights of the approved manuscript belong to the Journal. No royalties are paid to author(s). All published articles in the Aging and Society Journal are open access for the use of the general public.

The following is required from the author of the article:

√ Title page

√ Main text of the article including Turkish-English abstract, references

√Ethics committee approval for research articles

√ Similarity Report

√ A copyright transfer form signed by the author/authors

Order of title page

1. Article Title: Turkish and English title

2. Author name(s) (left aligned)

3. The name of the translator (right aligned)

4. Contact details of the author(s) (work address, telephone, email)

5. ORCİD numbers of the author(s)

6. A conflict of interest between the authors should be stated, if there is any.

The text of the article should be in concordance with the following writing rules:

The article must be submitted initially anonymously. No descriptive details about the authors, such as the institution they work for, should be included in the main text file.

Manuscripts are to be submitted in Microsoft Word or a Word-compatible file formats. All short

articles (excluding references) submitted to the journal should be at least 1500 -2000 words and research articles should not exceed 5000 words.

Page layout

√ Margin should be 2.5 cm for each page.
√ No syllables division at the end of the line and the text should be distributed evenly between the margins.

√ Page numbers should be written with Times News Roman 12-point font at the bottom of the page aligned to the right.

1. All words of Turkish title of the article should be written in capital letters, bold and left aligned.

2. Turkish – English Abstract should not exceed 250 words and be written with Times News Roman 10-point font in italic, single-spaced, keywords (minimum three and maximum five) should be specified.

3.Research articles should consist of Abstract, Summary, Introduction, Material and Methodology, Results and Discussion, Conclusion and Suggestions, References.

4. The main section and subsection headings should be written left aligned.

√ All headings including the main and subsection headings, should be in bold 12-point font.

√ The main section headings should be in capital letters including the conjunctions and the headings in the subsections should have an initial capital letter each word except the conjunctions.

√ Sub-headings can be numbered if required.

√ If there are unnumbered subheadings, they should be in bold italics 12 point font and on the left side of the page.

5. The main text should be written in Times New Roman (12 points, 1.5 spacing). Paragraphs should be left aligned, no indentation, line spacing before and after should be 6 points.

6. One character space must be left after punctuation marks.
7. Tables and figures should be placed in the text following the explanation and be between the margins. Numbering and explanation should be centered below the figures, and left aligned above the tables. Table and Figure titles should be in bold 12 points font.

In addition to the writing rules listed above for approved articles:

The article should start from the second page and research articles should consist of Summary, Abstract, Introduction, Material and Methodology, Results and Discussion, Conclusion and Suggestions, References.

1. Edit your article according to the sample article template
2. The Turkish title of the article, name of the author, orcid number, explanations should be given as follows:

√ The information about the author with * symbol at the bottom of the page as a footnote.

√ Explanation and contact information about the translator, if any, with ** symbol at the bottom of the page as a footnote.

√ Explanation about the article, if any, with *** symbol at the bottom of the page as a footnote.

References and Citations

Citations and quotations should follow the seventh edition of the APA Publication Manual. Footnotes and references should be in line with the standards, and if secondary citations are used, the original citation should also be specified. In-text citations should include the surname of the author with the year of publication, (Korku, 1999) and References should be ordered alphabetically.

Books

The title of the book should be in italics with lowercase letters. There should be a dot at the beginning and end of the title of the book and then the detail of the publisher with initial capital letters.

e.g Topses, M.D. (2011). *Niyazi Berkes' Understanding of Sociology.* Moment Publishing.

In the text, books should be referenced as (Topses, 2011). The & symbol should be used instead of "and".

Edited Books

It is representation in the text is in parentheses with the year but in the Reference as follows:
Bulut, S. (2009). Evolving Towards

Multinational Corporate Domination in the Media: Rupert Murdoch and Fox TV. S. Bulut (Ed.), *The Media of Capital The Capital of the Media* (1st Edition, pp. 75-114). Utopia Publishing.

Articles

The name of the article should be written in lowercase letters, but the Journal name should be in initial capital letters, in italics. The volume number of the Journal should be given with the issue number in parentheses and the page content at the end.

e.g. Bulut, S., & Yaylagul, L. (2004). News on the relationship between the Supreme Court and the mafia in the media in Turkey. *Journal of Communication, 19(1), 119-142.*

If it is in the text, it should be given as (Bulut & Yaylagül, 2004).

In DOI writing, the entire address should be provided.

e.g. https://Doi.Org/10.11114/Jets.V4i12.1869

When referencing for 3 or more people in the text, it is written as the first name and others.

e.g (Aktay and others 2017)

In the Reference, all names should be included.

Online references

For the quotation from websites, the title of the publication is written in italics. Location and URL address should be written.

e.g. Aktay, S. (2010, July 10). How does the internet work? What is the Internet? http://www.internetnedir.net/internet-nasil-calisir.html

Submission of Manuscripts

The manuscripts that are organized in accordance with the Journal rules should be submitted as two files; one including the title page only and one including the rest of the manuscript (this file should not include information about the author(s)) to the Editor by email: sadikguvenc62@hotmail.com.

Ethical Principles and Publication Policy

The Ageing and Society Journal publishes both academic and non-academic original studies in gerontology. It should be noted that the articles sent to the Journal were not sent to another Journal and the copyright was transferred to the Journal. If there are conflicts of interest regarding the submitted article, it should be stated. All articles submitted to the Journal are evaluated by a double-blind peer-review process. The referees present their decisions regarding the contribution of the article to the field, whether the article is publishable or not, and the reasons for their decisions, within the time given to them by the editorial board. The editor evaluates the articles sent to the Journal in terms of journal writing rules, the importance of the study, and originality, and if he rejects the article in the first submission process, he conveys the reasons for this to the authors. The Ageing and Society Journal is published by Bahadın Ageing Foundation. Quotations can be made from the articles in the Journal by showing the source. All legal liability of the articles in the Journal belong to the authors.



EDİTÖRDEN

Merhaba,

Bu sayımızda "sağlık ve eşitsiz yaşlanma" üzerine kafa yorduk. Bilindiği gibi dünya nüfusu gittikçe yaşlanmaktadır. Değişen yaşama biçimleri, gittikçe bireyselleşen aile yapıları yaşlılık ve yaşlı bakım sorunlarını da yanında getiriyor. Bu sorunlar nelerdir, başka ülkelerde bu sorunlara ne gibi çözümler üretilmektedir, neler yapılmaktadır, biz ne yapıyoruz, ne yapmalıyız?

Eşitsiz toplumlarda sağlıklı yaşlanmak mümkün mü? Soruyoruz ve yanıt arıyoruz.

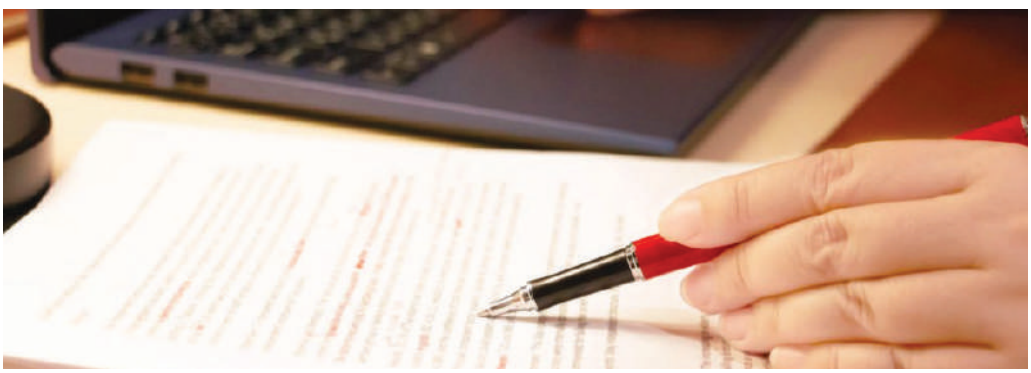
Hollanda ve İngiltere'de olduğu gibi yaşlıların bakımında yerinde bakım uygulamalarını geliştirebilecek miyiz? Birkaç örnek yetmez kuşkusuz. Daha çok yerler açabilecek miyiz? "Gönüllülük" uygulamalarının Avrupa ülkelerinde yaygın olduğu görülmektedir. Bizde bunun eğitimine yeni yeni başlanmakta, liselerde "toplum hizmeti" yapanlara "artı puan" verilmeye başlandığı görülmektedir. Umarız bu toplum hizmeti anlayışı ciddi ve amacına uygun boyut kazanır.

Sağlık hizmetlerine eşit ulaşabiliyor muyuz? Bu soruyu bu yazıyı okuyanlara sormuyorum. Okumayla yazmayla ilgisi olmayan asgari ücretle ya da en düşük emekli maaşıyla geçinmeye, yaşamasını sürdürmeye çalışanlar adına size soruyorum. Hastane randevularının, aylara yayıldığını bilmeyen yok. Parası olan özel sağlık kuruluşlarına gidiyor. Kaç kişinin parası olduğunu da herkes biliyor. Bölgesel ve ulusal düzeyde sağlık hizmetlerine erişim, sağlık politikalarıyla ilgilidir.

Sağlıkta eşitsizlik anayasa sorunudur. Bu eşitsizlik sağlığı ve eğitimi kazanç kapısı olarak görmeyen bir anayasa ile ancak giderilebilecektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaşlı bireylerin olmazsa olmaz insani gereksinimlerini karşılamaları ve sağlıklı yaşlanma için öne sürdüğü temel gereksinimlerini karşılama, gelişme ve karar alma, hareketli olma, ilişkiler kurma ve sürdürme, katkı sağlamaları oldukça önemlidir.

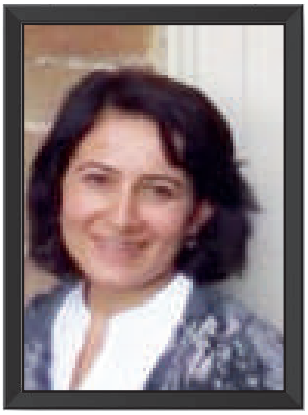
Yaşlı bireyin hayatını yeniden anlamlandırması, geleceğe dair umut geliştirmesi, bir amaç oluşturması için psikolojik ve fiziksel olarak yenilenmesini amaçlayan yaşam boyu öğrenme anlayışının bir ürünü olarak Yozgat Bozok Üniversitesi'nde de çalışmalara başlayan "Tazelenme Üniversitesi" hakkında gelişmelere yer verdik.

Bu sayımızdan sonra hem basılı hemde dergi olarak karşınıza çıkmayı planlamaktayız. Böylece daha geniş bir okuyucu kesimine daha hızlı bir şekilde ulaşacağımızı umuyoruz. Bu sayımızın gecikerek yayımlanması da bu yüzdendir. Gecikme için bağışlayacağınızı umuyor, keyifli okumalar diliyoruz.



DERLEME

EŞİTSİZ TOPLUMLARDA SAĞLIKLI YAŞLANMAK MÜMKÜN MÜ?



Nilüfer KORKMAZ YAYLAGÜL*

Özet: Bu çalışmada günümüzde tüm dünyada hayata geçirilmeye çalışılan sağlıklı yaşlanmanın belirleyenleri ve toplumsal koşullarla ilişkisi ele alınmıştır. Bunun için nitel bir değerlendirme yapılarak literatürde bu konuda yapılan çalışmaların verileri ışığında toplumsal eşitsizlik ile sağlıklı yaşlanma ilişkisi değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşlanma, toplumsal tabakalaşma, eşitsizlik

Abstract: *This study examines the conditions of healthy aging being implemented worldwide today and its relationship with social conditions. For this purpose, a qualitative assessment has been conducted, and in light of results from studies on this topic in the literature, the relationship between social inequality and healthy aging has been evaluated.*

Keywords: *healthy ageing, social stratification, inequality*

GİRİŞ

Toplumsal yaşlanma tüm dünyada görünür olan bir gerçeklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılığın kendisi bir hastalık olmasa da yaşlanma, sağlık açısından hastalık, fiziksel ve bilişsel gerileme gibi bazı biyomedikal riskleri ve topluma katılımın azalması gibi sosyal riskleri taşıyan bir dönemdir. Bu nedenle dünyada tüm toplumların yaşlandığı olgusundan hareketle sağlıklı yaşlanma, günümüzde yaşlılık konusundaki temel hedeflerden biri olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı yaşlanmayı, yaşlılık döneminde iyi olmayı sağlayan fonksiyonel yetenekleri geliştirme ve sürdürme süreci olarak tanımlamaktadır (WHO, 2015). Sağlıklı yaşlanma konsepti, artık kaçınılmaz olarak insan ömrünün uzamasına karşılık, hastalıkların ortaya çıkması ve sağlığın gerilemesi konusundaki risklerin azaltılmasını kapsayan bir dizi önleyici faktör sunarak, bireylerde sağlıklı ve bağımsız geçen yılların artırılmasını hedeflemektedir. Buna göre insanlar daha uzun süre yaşayacaklarsa, hasta ve bakıma muhtaç olmadan bağımsız bir şekilde yaşayabilmeli ve yine insan ömrü oldukça uzadığına göre insanların hasta ve bağımlı olabileceği yılların mümkün olduğu kadar azaltmanın yolları aranmaktadır. Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı yaşlanmanın geliştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik olarak, her ülkede sağ-

* Prof. Dr. Nilüfer Korkmaz Yaylagül - Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü Öğretim Üyesi,
e-mail: niluferyaylagul@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0001-9918-7968

lıklı yaşlanma konusunda eyleme geçme taahhüdü; yaş dostu ortamların geliştirilmesi; sağlık sistemlerinin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesi; uzun süreli bakımın (ev, topluluklar, kurumlar) sağlanması için sürdürülebilir ve eşitlikçi sistemlerin geliştirilmesi; ve sağlıklı yaşlanma konusunda ölçüm, izleme ve araştırmaların iyileştirilmesi olmak üzere beş stratejik hedefe odaklanmaktadır (WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün küresel düzeyde belirlenen bu hedefleri, ulusal düzeyde uygulanmaya çalışılmaktadır. Türkiye'de buna yönelik hedefler Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021) ile uygulanmaya başlamıştır. Bu önemli stratejinin hayata geçirilmesi ve toplumda yaygınlaştırılmasının sağlanması, yaşlıların yaşam kalitesi başta olmak üzere, bakım, sağlık hizmetleri, yaşlıların topluma katılımı açısından oldukça önemlidir. Buna karşılık sağlıklı yaşlanmanın yaygınlaştırılmasının önünde birtakım engellerin olduğu yadsınamaz. Bu yazıda yaşlanan insanın yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesini amaçlayan bu hedefler, toplumsal koşullar bağlamında ele alındığında günümüz eşitsiz kapitalist toplumlarında nasıl hayata geçirilir? Ya da bu hedeflerin hayata geçirilmesi mümkün müdür? sorularına cevap aranmaktadır.

Toplumsal Tabakalaşma ve Sağlıklı Yaşlanmanın Boyutları

Sağlıklı olmanın koşullarının sadece biyolojik varlığımızdan ibaret olmadığı, 19. yüzyıldan beri bilinmektedir. Hastalıkların ve salgın hastalıkların yaygınlığında toplumun en yoksul kesimlerinin daha fazla risk altında olması, 19. yüzyılda sağlıklı olmanın sosyal koşullardan bağımsız olmadığını gözler önüne sermiştir (Joralemon, 2015). Bu nedenle günümüzde sağlıklı olmanın koşullarını değerlendirirken artık sadece biyomedikal koşulları ele almıyoruz.

Sağlıklı yaşlanmayı bu noktada iki boyutlu düşünmek gerekir: İçinde bulunduğumuz kronolojik yaşın koşulları ve ömrümüz boyunca biriktirdiğimiz yaşam rezervleri ve koşullar. İnsan ömrü, biyomedikal ve sosyo-ekonomik yaşam koşulları açısından eş zamanlı olarak birikimseldir. Gerontoloji alanında bu yaklaşım, yaşam seyri perspektifiyle ve bu perspektiften hareketle birikimsel avantaj-dezavantaj teorisiyle açıklanmaktadır. Buna göre ileri yaşlarda insan ömrü boyunca biriken avantaj ve dezavantajlar sağlıklı yaşlanma koşullarını da etkiler (Korkmaz-Yaylagül vd., 2023; Akış ve Korkmaz-Yaylagül, 2021). İnsanların ömürleri boyunca sürdürülen davranışları ve iş, konut, mahalle gibi fiziksel çevre koşullarının yanı sıra psikolojik etkiler de yaşam seyri boyunca sağlığı etkileyen temel faktörlerdir.

Literatürde bu konuda çocukluk döneminden itibaren kötü sağlık riskine neden olabilecek unsurların birikimine odaklanan çalışmalar bulunmaktadır (Wu vd., 2020). Bu çalışmalarda çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin sağlıklı yaşlanamama ile ilişkili olduğu aynı zamanda çocukluk çağında yaşanan olumsuzlukları telafi edebilme ya da olumsuzluklarla baş edebilme durumlarında fırsat ve erişim eşitsizliğine bağlı olarak dezavantajlı olanların bu risklerden daha çok etkilendiği ortaya konulmuştur (Sun vd., 2023).

Sağlığın belirleyicileri çeşitlidir. Eğitim, çalışma ve iş koşulları, yaşam çevresi, beslenme koşulları, sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti, gelir düzeyi, çevresel koşullar, cinsiyet, ırk, etnisite gibi bireysel özellikler, bireysel yaşam tarzı ve bireysel alışkanlıklar ve davranışlar, biyolojik ve genetik faktörler sağlığın belirleyicileri arasında bulunmaktadır (Gilson vd., 2007). Bu faktörler göz önüne alındığında sağlıklı yaşlanmanın da heterojenlik göstereceği ve sağlıklı yaşlanma hedefinin özellikle toplumsal koşulların şekillendirdiği kaynakların dağılımı ile yakından ilgili olacağı tahmin edilebilir. Buradaki temel nokta birey merkezli özellikler ve çevresel koşullar bir tarafa bırakılırsa toplumların tabakalı oluşu ve sosyo-ekonomik düzeyin bireylerin sağlıklı yaşam davranışı geliştirmesinden sağlık hizmeti almasına kadar pek çok değişkeni etkileyeceğidir. Literatürdeki sağlıklı yaşlanma ve sosyo-ekonomik değişkenleri inceleyen çalışmalarda

sağlıklı yaşlanmanın, bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmalara göre, daha yüksek eğitim düzeyine, daha iyi işlere veya daha yüksek gelire sahip olanların, sosyo-ekonomik dezavantaj yaşayanlara göre daha iyi fiziksel veya bilişsel işlevlere sahip olma eğiliminde olduğu ortaya konmuştur (Wagg vd., 2021). Sağlıklı yaşlanmanın sosyo-ekonomik unsurlar ile olan ilişkisine bakılan başka bir çalışmada sosyo-ekonomik seviyesi yüksek katılımcıların sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan katılımcılara göre sağlıklı yaşlanma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dört farklı ülkede (Amerika, İngiltere, Çin ve Japonya) yapılan bu çalışmada eğitimin sağlıklı yaşlanmanın belirlenmesinde en güçlü role sahip olduğu tespit edilmiştir (Lu vd., 2021). Bir diğer çalışmada ise yaşam boyu sağlığın kötü olması, özellikle olumsuz çocukluk deneyimleri ve bu dönemden itibaren ortaya çıkan sosyal destek eksikliği ile ilişkilendirilmiştir (Reinhard vd., 2018). İleri yaşlarda ise kötü sağlık koşulları ile öncelikle yoksulluk arasında önemli bir ilişki olduğu, bunun yanı sıra yaşam boyu biriken dezavantajlar, coğrafi konum, toplumdaki cinsiyet ve yaşlılık karşıtı tutumlar ve uygulamaların da yaşlılıktaki kötü sağlık koşullarını etkilediği anlaşılmıştır (MacGuire, 2020).

Çevresel koşullar sağlıklı yaşlanmaya etki eden diğer bir boyuttur. Konut ve yaşanılan çevre (örneğin mahalle ortamı gibi) sağlıkta eşitsizlik konusunda göz önünde bulundurulması gereken en önemli çevresel alanlardır. Bu alanların insan yaşamının kalitesi için korunması ve geliştirilmesi, çevresel kaynak olarak kabul edilebilir. Çevresel kaynakların kalitesi ve erişilebilir olması bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, sosyal etkileşim, topluma katılım, güven duygusu, yaşam doyumu ve özerklik açısından daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasıyla ön plana çıkmaktadır (Stephens vd., 2019). Günümüz toplumlarında çevresel kaynaklara toplumun farklı kesimleri farklı düzeylerde erişebilir. Bireylerin yaşadıkları konut ve mahalle koşulları, sosyo-ekonomik düzeyleri ile yakından ilgilidir. Emeklilikteki refah kaybı ve işgücü kaybı göz önüne alındığında yaşlıların bu çevresel koşullara sahip olup olmama açısından da dezavantajlı olacağı açıktır. Çevresel koşullar, yaşlıların topluma katılımı açısından da önemli değişkenler olarak değerlendirilir (Sadana vd., 2016, p. 187).

Sağlıklı bireysel davranışların geliştirilmesi, çocukluk çağlarından itibaren başlamaktadır. İyi bir eğitim bu davranışların geliştirilmesinde en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların yanı sıra toplumda yaşlının saygınlığı ve dahil edici ve ayrımcı olmayan tutumların geliştirilmesi de bireyler arası etkileşimde önemli faktörlerdir.
Özlüce sağlığın sosyal belirleyenleri açısından sağlıklı yaşlanmaya yönelik çabaların sadece bireysel olmadığı, ancak sadece yaşlılık döneminde sağlığı geliştirici eylemler ve hedeflerle de mümkün olmadığı anlaşılmaktadır.

Sonuç: Sağlıklı yaşlanma için bireysel çabaların yetmeyeceği açıktır. Sağlıklı yaşlanma stratejisinin hayata geçirilmesi, yaşlılık döneminin değil tüm insan ömrünün koşullarının göz önünde bulundurulması ile mümkündür. Bunun için toplumsal eşitsizliklerin azaltılması önemli stratejilerden biridir. Sağlıklı yaşlanmaya yönelik devlet ve hükümetler ölçeğinde yapılması gerekenler vardır. Refahın tabana yayılması, istihdamın artırılması, kaliteli ve ücretsiz eğitimin yaygınlaştırılması, erişilebilir sağlık ve bakım hizmetleri, emeklilikte refahın sağlanması, yaşanabilir çevrelerin oluşturulması, güvenli ve erişilebilir besin sağlanması makro düzeyde toplumsal eşitsizliğin azaltılmasına yönelik politikalardır. Bunlardan en önemlisi sağlıklı yaşlanma kapasitesini artıracak davranışların toplumda yaygınlaşmasını sağlamaktır. Topluma egzersiz yapın ya da spor yapın demek yetmez, davranışsal düzeye yerleşmesi için bunun eğitim politikası içinde yer alması ve gerekli altyapısal koşulların yerleştirilmesi gereklidir.

KAYNAKÇA:

Akış, A. G. ve Korkmaz Yaylagül, N. (2021). Yaşam seyri perspektifi ve yaşlılık. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (38), 276-309.

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). Who commission on the social determinants of health. *Challenging inequity through health systems. Final report knowledge network*. June 2007.

Joralemon, D. (2017). *Exploring medical anthropology*. New York: Taylor & Francis.

Korkmaz Yaylagül, N., Aslan, M., Yıldız, N. (2023). Yaşlılık ve eşitsizlik. İsmail Tufan (Ed.), İ*kinci Türkiye Yaşlılık Raporu 2023* (s. 247-262) içinde. Ankara: Nobel Yayınevi.

Lu, W., Pikhart, H., & Sacker, A. (2021). Comparing socio-economic inequalities in healthy ageing in the United States of America, England, China and Japan: evidence from four longitudinal studies of ageing. Ageing and Society, 41(7), 1495-1520. https://doi.org/10.1017/S0144686X19001740

MacGuire, F. A. (2020). Reducing health inequalities in aging through policy frameworks and interventions. Frontiers in Public Health, 8, 315.

Reinhard, E., Layte, R., McCrory, C., Panico, L., & Avendano, M. (2018). The great recession and the health of young children: a fixed-effects analysis in Ireland. American Journal of Epidemiology, 187(7), 1438-1448.

Sadana, R., Blas, E., Budhwani, S., Koller, T., & Paraje, G. (2016). Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity. Gerontologist, 56 Suppl 2, S178-193. https://doi.org/10.1093/geront/gnw034

Stephens, C., Szabo, A., Allen, J., & Alpass, F. (2019). A Capabilities Approach to Unequal Trajectories of Healthy Aging: The Importance of the Environment. Journal of Aging and Health, 31(9), 1527-1548. https://doi.org/10.1177/0898264318779474

Sun, J., Wang, J., & Li, H. (2023). Are adverse childhood experiences associated with trajectories of healthy aging? Evidence from China. SSM Popul Health, 24, 101501. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101501

TC Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021), Ankara: Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayınları.

Wagg, E., Blyth, F. M., Cumming, R. G., & Khalatbari-Soltani, S. (2021). Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. Ageing Research Reviews, 69, 101365.

WHO. (2015). World Report on Ageing and Health. WHO.

WHO. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. WHO.

Wu, Y. T., Daskalopoulou, C., Muniz Terrera, G., Sanchez Niubo, A., Rodriguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Bobak, M., Caballero, F.

F., de la Fuente, J., de la Torre-Luque, A.,

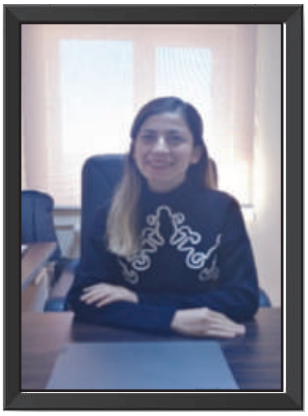
Garcia-Esquinas, E., Haro, J. M., Koskinen, S., Koupil, I., Leonardi, M., Pajak, A.,

Panagiotakos, D., Stefler, D., Tobias-Adamczyk, B., . . . consortium, A. (2020). Education and wealth inequalities in healthy ageing in eight harmonised cohorts in the ATHLOS

consortium: a population-based study. Lancet Public Health, 5(7), e386-e394. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30077-3

DERLEME

YAŞLI BİREYLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİNİ GELİŞTİRMEK SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİNİ AZALTMANIN BİR YOLU OLABİLİR Mİ?



Hande KIRIŞIK*

Özet: Sağlık okuryazarlığı (SOY) önemi son yıllarda artmaya başlayan bir kavramdır. SOY kavramının ortaya çıkması nüfusun yaşlanması olgusuyla yakından ilişkilidir. En genel anlamıyla SOY, tıbbi bir bilgi verildiğinde bireylerin bu bilgiyi anlaması, yorumlaması ve buna uygun sağlık davranışı göstermesi olarak ifade edilebilir. İlerleyen yaşın düşük SOY düzeyinde önemli bir artışa neden olduğu ve yaşlı bireylerin SOY düzeyleri açısından dezavantajlı olduğu bilinmektedir.

Sağlık eşitsizlikleri, sosyal gruplarının sağlık durumları ve sağlık sonuçları arasındaki farklılıkları ifade eden ve aynı zamanda adil olmayan ve adaletsiz kabul edilen bir anlama sahiptir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve sosyal dezavantajların düşük SOY düzeyi ile kesişmesi sağlıkta eşitsizliklere yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığını ve sağlık eşitsizliklerini azaltmanın bir yolu olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeyi konu alan çalışmaları inceleyerek alanda çalışanlara, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek için neler yapılabileceği konusunda öneriler sunmaktır. Literatür incelemesi sonucunda elde edilen bulgulara göre yapılan bazı çalışmaların SOY düzeyini artırmanın sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın önemli bir yolu olabileceğine işaret ettiği görülmektedir. SOY konusunda yapılan araştırmalarda bireylerin basitçe işlevsel okuryazarlık yeteneklerine odaklanmanın ötesinde stratejilere ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu doğrultuda SOY müdahaleleri, sağlık ve bakım ortamlarında hasta ve aile üyelerinin görevlerindeki karmaşıklığı çözümlemeyi, nüfusun sağlık ve bakım hizmetlerine erişilebilirliğini sağlamayı, sağlık profesyonellerinin hastalarla verimli bir şekilde etkileşime geçmelerini sağlamayı ve sağlık hizmetlerinin özelliklerini iyileştirmeyi içermelidir. Yani sağlıkta eşitsizliği azaltmanın bir yolu olarak işlevsel okuryazarlığı artırmak tek başına yeterli değildir. Bununla birlikte SOY müdahalelerinin diğer risklere ve sorunlara da çözüm getirecek biçimde planlanması gerekmektedir. Çalışmanın sonuç kısmında yaşlı bireyler için SOY düzeyini artırmaya yönelik yapılması gerekenler konusunda alanda çalışanlara önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: sağlık okuryazarlığı, sağlıkta eşitsizlik, yaşlılık, yaşlanma

* Öğr. Gör. Ankara Üniversitesi Haymana MYO, e-posta: handekirisik@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-2395-7855

Abstract: *Health literacy (HL) is a concept that has been growing in importance in recent years. The emergence of the concept of HL is closely related to the phenomenon of population aging. In its most general sense, HL can be expressed as the ability of individuals to understand and interpret this information and show appropriate health behavior when given medical information. It is known that advancing age causes a significant increase in low HL levels and that older individuals are disadvantaged in terms of HL levels.*

Health inequalities refer to differences in health status and health outcomes between social groups and are considered unfair and unjust. The intersection of social determinants of health and social disadvantage with low levels of health literacy may lead to health inequalities. The aim of this study is to examine studies on improving the level of health literacy in older individuals as a way of reducing health literacy and health inequalities and to offer suggestions to those working in the field on what can be done to improve the level of health literacy in older individuals.

According to the findings obtained as a result of the literature review, some studies indicate that increasing the level of HL may be an important way to reduce inequalities in health. Research on HL points out that there is a need for strategies beyond simply focusing on individuals functional literacy abilities. In this context, HL interventions should include resolving the complexity of the tasks of patients and family members in health and care settings, ensuring the population's accessibility to health and care services, enabling health professionals to interact effectively with patients, and improving the characteristics of health services. That is to say increasing functional literacy alone is not enough as a way to reduce health inequality. However, HL interventions need to be planned to address other risks and problems. The study concluded by suggesting to those working in the field what should be done to improve HL in older people.

Key words: *health literacy, health inequality, old age, aging*

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı (SOY) önemi son yıllarda artmaya başlayan bir kavramdır. SOY kavramının ortaya çıkması nüfusun yaşlanması olgusuyla yakından ilişkilidir. Yaşlanan nüfusun sağlık sorunlarının artması ve başlıca ölüm nedenleri olarak kronik hastalıkların gündeme gelmesi sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasına neden olmuştur. Kronik hastalıkların ortaya çıkmasında bireysel, davranışsal, çevresel, ekonomik vb. birçok faktör rol oynamaktadır. Bu hastalıkların oluşumunda bireylerin sağlık davranışlarının önemli bir rolü bulunmaktadır. Bu nedenle sağlıklı yaşam davranışı geliştirmek için bireylere bu konuyla ilgili bilgilerin anlatılması gerekmektedir (Bilir, 2013). İnsan sağlığının geliştirilmesi hususunda ortaya çıkan bilimsel bilgilerin topluma ulaşabilmesi, bu bilgilerin toplum tarafından anlaşılabilmesi ve nihayetinde sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi SOY kavramını ön plana çıkarmaktadır. WHO (2013) bu kavramı genel okuryazarlıkla ilişkilendirmekte ve "insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleriyle ilgili konularda kanaat geliştirmek ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleri" olarak tanımlamaktadır. En genel anlamıyla SOY, tıbbi bir bilgi verildiğinde bireylerin bu bilgiyi anlaması, yorumlaması ve buna uygun sağlık davranışı göstermesi olarak ifade edilebilir (Çopurlar ve Kartal, 2015). Bununla birlikte SOY, sağlık hizmetlerine nasıl erişileceği, nasıl randevu alınacağı, onay formlarının nasıl doldurulacağı, tıbbi masraflar ve ilaç masrafları için sigorta veya diğer ödeme kaynaklarının belirlenmesi gibi konular için de gereklidir (Sadeghi vd., 2013).

Düşük SOY düzeyinin hastaneye gereksiz başvuruların artması, hastane masraflarının ve sağlık harcamalarının artması, hastaneye yatış sürelerinin uzaması, gereksiz tahlil ve tetkik yapılması gibi durumlara neden oldu-

ğu bildirilmektedir (Baker vd., 1998; Schilinger, 2020). Ayrıca düşük SOY düzeyi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılması (Scott vd., 2002) ve kronik hastalıkların daha kötü yönetilmesi ile sonuçlanmaktadır (Poureslami vd., 2017). Düşük SOY düzeyi özellikle göçmenler, işsizler ve yaşlanan nüfus gibi daha fazla risk altında olan gruplar arasında yaygındır (Sadeghi vd., 2013). Bu nedenle bu grupların SOY düzeyini artıracak müdahalelerin planlanması oldukça önemlidir.

Sağlık eşitsizlikleri, sosyal, ekonomik veya çevresel dezavantajlar nedeniyle ortaya çıkan sağlık farklılıkları olarak ifade edilmektedir (Mantwill, vd., 2015). Sosyoekonomik durum sağlığı doğrudan etkilemekle birlikte sosyoekonomik eşitsizlikler sağlık eşitsizliklerinin temel nedenlerinden biridir (Stormacq vd., 2019). Sağlığın geliştirilmesi alanında yapılan çalışmalar genellikle yaşam kalitesini artırmayı ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için de genellikle sağlık davranışlarındaki değişikliklerin gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. Bu noktada SOY sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın bir aracı olarak değerlendirilmektedir (Ferguson ve Pawlak, 2011).

Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığını ve sağlık eşitsizliklerini azaltmanın bir yolu olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmeyi konu alan çalışmaları inceleyerek alanda çalışanlara, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek için neler yapılabileceği konusunda öneriler sunmaktır.

Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı

SOY, eğitim düzeyi düşük olanlarda, yaşlı bireylerde, azınlıklarda ve kronik hastalığı olanlarda düşük düzeydedir (Volandes ve Paasche-Orlow, 2007). İlerleyen yaşın düşük SOY düzeyinde önemli bir artışa neden olduğu (Zamora ve Clingerman, 2011) ve yaşlı bireylerin SOY düzeyleri açısından dezavantajlı olduğu (Findley, 2015) bilinmektedir. Yaşlı bireylerde SOY düzeyinin düşük olmasının nedenlerinden bazıları sosyal güvenceden yoksun olma, düşük eğitim düzeyi, fiziksel engele sahip olma, İnternet erişimi eksikliği olarak ifade edilmektedir (Findley, 2015). Yaşlı bireyler içerisinde eğitim düzeyi düşük olanlarda, yoksullarda, azınlıklarda ve yaşadığı ülkenin dilini iyi konuşamayanlarda SOY düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Bozkurt ve Demirci, 2019). SOY ve yaşlı bireyleri konu alan bir sistematik derlemede yaşlı bireylerde düşük SOY düzeyi ile daha kötü sağlık sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olduğuna dikkat çekilmektedir (Chesser vd., 2016).

Türkçe literatürde SOY ve yaşlı bireyleri ele alan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Hazer ve Ateşoğlu (2019) yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanmaya etkisini incelediği araştırmalarında Ankara ilinde yaşayan 60 yaş ve üzeri 510 kişi ile anket yapmışlardır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların 'yetersiz' ve 'sorunlu' düzeye SOY'a sahip olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin SOY düzeylerinin sırasıyla algılanan sağlık durumu, eğitim durumu ve medeni durum değişkenlerinden etkilendiği belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin SOY düzeyi ve başarılı yaşlanma arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Kozak ve Çevik Akyıl (2021) çalışmalarında yaşlı bireylerde SOY ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Analitik-kesitsel olarak planlanan araştırma kapsamında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 152 katılımcı ile anket yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların %75.6'sının 'sorunlu/sınırlı' düzeyde SOY'a sahip olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin SOY düzeylerinin yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. SOY düzeyi ve yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Öztaş ve Korkmaz Aslan (2019) yaşlı bireylerde ilaç kullanma davranışı ve SOY düzeyi ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel bir araştırma yürütmüşlerdir. Araştırma kapsamında Denizli'de 280 kişi ile anket yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, düşük SOY düzeyinin ilaçları almayı unutma ve iyi

hissettiğinde doktora sormadan ilacı bırakma davranışları için risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu araştırmaların sonuçları SOY düzeyi ile yaşlı bireylerin başarılı yaşlanma, yaşam kalitesi ve sağlık davranışları arasında önemli ve pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Sağlık Eşitsizliklerini Azaltmanın Bir Yolu Olarak Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Geliştirmek

Sağlık eşitsizlikleri, sosyal gruplarının sağlık durumları ve sağlık sonuçları arasındaki farklılıkları ifade eden ve aynı zamanda adil olmayan ve adaletsiz kabul edilen bir anlama sahiptir (Stormacq vd., 2019). SOY, sağlıkta eşitsizliklerin yeterince incelenmemiş nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Volandes ve Paasche-Orlow, 2007). Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve sosyal dezavantajların düşük SOY düzeyi ile kesişmesi sağlıkta eşitsizliklere yol açabilmektedir. Örneğin halk sağlığı perspektifinden bakıldığında sağlığı geliştiren kaynakların kötü dağılımı ve sağlıksız yaşam tarzına maruz kalma gibi yapısal faktörler sağlıkta eşitsizliklere yol açabilmektedir. Ya da sağlık ve bakım hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kalitesi gibi konuları içeren kurumsal faktörler de sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır (Schilinger, 2020).

Sağlık eşitsizliklerinin neden olduğu olumsuz sonuçları ortadan kaldırmak veya en aza indirmek için neler yapılabileceği alanda çalışan araştırmacıların ilgilendiği önemli bir konudur. Yapılan bazı çalışmalar SOY düzeyini artırmanın sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın önemli bir yolu olabileceğini göstermektedir (Saha, 2006; Paasche-Orlow ve Wolf, 2010; Schilinger, 2020). SOY konusunda araştırma yapanlar, bireylerin basitçe işlevsel okuryazarlık yeteneklerine odaklanmanın ötesinde stratejilere ihtiyaç olduğuna dikkat çekmektedirler. Bu doğrultuda SOY müdahaleleri, sağlık ve bakım ortamlarında hasta ve aile üyelerinin görevlerindeki karmaşıklığı çözümlemeyi, nüfusun sağlık ve bakım hizmetlerine erişilebilirliğini sağlamayı, sağlık profesyonellerinin hastalarla verimli bir şekilde etkileşime geçmelerini sağlamayı ve sağlık hizmetlerinin özelliklerini iyileştirmeyi içermelidir (Schilinger, 2020). Özetle sağlıkta eşitsizliği azaltmanın bir yolu olarak işlevsel okuryazarlığı artırmak tek başına yeterli değildir. Bununla birlikte SOY müdahalelerinin diğer risklere ve sorunlara da çözüm getirecek biçimde planlanması gerekmektedir.

Sonuç Yerine: Öneriler

Sonuç olarak düşük SOY düzeyi yaşlı nüfus içinde yaygındır ve bu durum sağlıkta eşitsizliğe neden olan durumlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda araştırmanın sonuç bölümünde sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın bir yolu olarak alanda çalışanlara, yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini geliştirmek için neler yapılabileceği konusunda öneriler sunulacaktır. Bu öneriler şunlardır:

Yaşlı bireylerde SOY düzeyini ve geliştirilmesini ele alan daha fazla araştırma yapılmasına ve yaşlı bireylerde SOY düzeyini artıracak müdahalelerin planlanmasına ihtiyaç vardır.

SOY değerlendirmesi araştırmaları ile sağlıkta eşitsizlik araştırmalarını bütünleştirmek gerekmektedir.

Hasta ve aile eğitimlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Hasta bakış açısının dâhil edildiği hasta eğitim programlarının oluşturulması tüm yaş grupları açısından fayda sağlayacaktır.

Sağlık profesyonellerinin hasta eğitimine bağlılıklarının artırılması ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi için eğitilmeleri önemlidir. Nitekim hasta ile kurulacak iyi bir iletişim ve hastanın anlayabileceği bir terminoloji kullanmak hastanın üzerinde konuşulan konuyu daha iyi anlamasına yardımcı olacaktır. Bu durum tüm yaş gruplarına fayda sağlayacaktır.

Yaşlı bireylerin SOY düzeyini artıracak müdahale programları oluşturulmalıdır. Bu programlar SOY düzeyini artıracak eğitim ve uygulamaları içerecek biçimde yapılandırılarak hastanelerde ve aile sağlığı/toplum sağlığı merkezlerinde yaşlı bireylere sunulmalıdır.

Düşük SOY düzeyine sahip yaşlı bireyler için etkili öz bakım sistemlerinin tasarlanması konusunda daha fazla çalışma yapılmalıdır. Özellikle evde sağlık/evde bakım hizmetlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin yaşlı bireye ve aile üyelerine öz bakım uygulamaları konusunda yeterli miktarda zaman ayırmaları, anlayabilecekleri en uygun eğitim yöntemini kullanarak bilgilenmelerini sağlamaları, bu konuda yaşlı bireye ve aile üyelerine özgü bireysel bakım planı oluşturmaları gerekmektedir. Bu noktada evde sağlık/evde bakım profesyonellerinin eğitimli ve donanımlı bir biçimde sahaya çıkmaları elzemdir. Ancak bunun yanında evde bakım/evde sağlık hizmetlerinin içeriğinin yaşlı bireye ve aile üyelerine eğitim verebilecekleri yeterli zamanı ve koşulları sağlayacak biçimde yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Yaşlı bireylere yönelik İnternet kullanımı, dijital okuryazarlık eğitim programları planlanmalı ve SOY ile bağlantılı dijital konular da bu eğitim programlarının bir parçası olarak sunulmalıdır.

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetleri kullanma konusunda gereksiz ve karmaşık sistem özelliklerini basitleştirme konusunda çalışılmalıdır. Özellikle sağlık bilgi teknolojilerinin kullanımı konusunda yaşlı bireyler zorlanabilmektedir. İnternete erişim ve İnternet kullanma becerisi konusundaki yetersiz bilgi düzeyi dışında sağlık bilgi sistemlerinin karmaşık ve yaşlı dostu olmayan tasarımları nedeniyle birçok yaşlı insan randevu alma, sıra numarası alma gibi temel konularda zorlanmaktadır. Bu nedenle sağlık bilgi teknolojilerinin yaşlı dostu tasarıma sahip olması konusunda interdisipliner bir bakışla çalışmaya ve sağlık bilgi teknoloji sistemlerinin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır.

Son olarak SOY eğitimi daha erken yaşlardan itibaren eğitim sistemine dâhil edilmelidir. İlkokul, ortaokul ve lise müfredatlarına SOY düzeyini artıracak bilgileri kapsayan derslerin eklenmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına yardımcı olabilir.



KAYNAKÇA:

Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk *of hospital admission. J Gen Intern Med*. 1998 Dec; 13(12): 791–798.

Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. T*urkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.

Bozkurt, H., & Demirci, H. (2019). Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male,* 22(4), 272-277.

Chesser, A. K., Keene Woods, N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: *A systematic review. Gerontology and geriatric medicine,* 2, 2333721416630492.

Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. T*urkish Journal of Family Medicine and Primary Care,* 10(1).

Ferguson, L. A., & Pawlak, R. (2011). Health literacy: the road to improved health outcomes. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(2), 123-129.

Findley, A. (2015). Low health literacy and older adults: meanings, problems, and recommendations for social work. *Social Work in Health Care*, 54(1), 65-81.

Hazer, O., & Ateşoğlu, L. (2019). Yaşlılarda sağlık okuryazarlığının başarılı yaşlanma üzerine etkisi: Ankara ili örneği. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics,* 5(2), 48-56.

Kozak, F., & Akyıl, R. Ç. (2021). Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132.

Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., & Schulz, P. J. (2015). The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PloS one,* 10(12), e0145455.

Öztaş Ö, Korkmaz Aslan G. Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019*; 6(3): 132-140.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2010). Promoting health literacy research to reduce health disparities. *Journal of health communication,* 15(S2), 34-41.

Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I., & Fitzgerald, M. J. (2017). Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health promotion international,* 32(4), 743-754.

Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,* 10(1), 72-78.

Saha, S. (2006). Improving literacy as a means to reducing health disparities. *Journal of general internal medicine,* 21(8), 893.

Schillinger, D. (2020). The intersections between social determinants of health, health literacy, and health disparities. *Studies in health technology and informatics,* 269, 22.

Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical care, 40(5), 395-404.

Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international,* 34(5), e1-e17.

Volandes, A. E., & Paasche-Orlow, M. K. (2007). Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *The American Journal of Bioethics,* 7(11), 5-10.

WHO (2013) Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=yErişim tarihi:19.09.2023

Zamora, H., & Clingerman, E. M. (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *Journal of gerontological nursing,* 37(10), 41-51.

DERLEME

SAĞLIKLI YAŞLANMANIN DESTEKLENMESİNE YÖNELİK UYGULAMALAR



Büşra Nur EROL*

Özet: Geriatrik tıpta sağlık ve zindeliği teşvik etme, sürdürme ve iyileştirme stratejileri konusunda artan eğilimle beraber yalnızca hastalık, kırılganlık ve ölüm değil, aynı zamanda bireylerin mümkün olduğunca uzun süre sağlığını, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını optimal düzeyde sürdürme konuları gündeme gelmektedir. Günümüzde, sağlıklı yaşlanmaya dair kanıt tabanlı yaklaşımlar gittikçe yoğunlaşmaktadır. Dünya çapında artan yaşlı nüfusla beraber sağlıksız geçirilen yıl sayısındaki yükselme ve yaşam tarzı risk faktörlerindeki değişiklikler, kronik hastalık ve multimorbidite prevelansını da artırmaktadır. Kişilerin yaşam tarzının sağlıklı yaşlanma sürecinde kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşlanma sürecinde kronik hastalıklar, yeti yitimi, bilişsel zayıflık, sarkopeni ve kırılganlıkla başa çıkmak ve sosyal katılımı sürdürmek oldukça önemlidir. Bunun için yaşam boyu bilişsel, fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaların ve sosyal politikaların desteklenmesi, sağlıklı yaşlanma açısından dikkate değer bir husus olmaktadır. Bu süreçte ise sadece biyolojik etmenlerin değil sosyo-ekonomik, davranışsal ve psikososyal faktörler gibi yaşam tarzı belirleyicilerinin de dikkate alındığı bütüncül bir bakış açısı gerekmektedir. Özellikle günlük yaşamda daha fazla fiziksel aktiviteye yer vermek, bitki tabanlı beslenme alışkanlıkları, sosyal etkileşimi sürdürmek, yaşamda amaç ve hedeflere sahip olmak sağlıklı yaşlanan birey ve toplumlar elde edebilmek için oldukça önemli gözükmektedir. Çalışmada, yaşlı bireylerde sağlıklı yaşlanmayı desteklemeye yönelik uygulamalar, komorbid durumlar ve yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve sağlıklı yaşlanmaya bütüncül bir bakış açısı sunmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşlanma, uygulamalar, yaşam tarzı, komorbidite, yaşlı

Abstract: *With the increasing trend in geriatric medicine towards strategies to promote, maintain and improve health and wellness, the focus is not only on disease, frailty and death, but also on maintaining optimal health, physical and cognitive functioning for as long as possible. Today, evidence-based approaches to healthy ageing are becoming increasingly popular. Worldwide, with a increasing elderly population, the number of years lived in unhealthy and changes in lifestyle risk factors are increasing the prevalence of chronic disease and multimorbidity. Lifestyle is thought to play a critical role in the process of healthy aging. It is very important to cope with chronic diseases, disability, cognitive weakness, sarcopenia and frailty and to maintain social participation in the healthy ageing process of individuals. Therefore, supporting practices and social policies to improve cognitive, physical, mental and social health throughout life is a noteworthy issue in terms of healthy ageing. This process requires a holistic perspective that takes into account not only biological factors but also lifestyle determinants such as socio-economic, behavioral and psychosocial factors. In specific, including more physical activity in daily life, plant-based eating habits, maintaining social interaction, and having goals and objectives in life seem to be very important for creating healthy aging individuals and societies. In this study, it was aimed to investigate the relationship between practices to support healthy ageing, comorbid conditions and lifestyle factors in elderly individuals and to present a comprehensive perspective on healthy ageing.*

Keywords: *Healthy aging, practices, lifestyle, comorbidity, elderly*

* Öğr.Gör., Ankara Üniversitesi, Haymana MYO, e-mail: icerbusra@gmail.com, Orcid: 0000-0002-8680-1081

GİRİŞ

Geçtiğimiz yüzyılda ortalama insan ömrü önemli ölçüde artmıştır. 1990'dan 2010'a kadar beklenen yaşam süresi 75,2 yıldan 78,2 yıla çıkarak 3 yıllık bir artış göstermiştir. Bu süre zarfında sağlıklı yaşam beklentisi 2,3 yıl artarak 65,8 yıldan 68,1 yıla yükselmiştir. Başka bir deyişle, yaşam beklentisi sağlıklı yaşam beklentisinden daha fazla artmış, böylece sağlıksız geçirilen yıl sayısı da 9,4 yıldan 10,1 yıla çıkmıştır (Murray et al., 2013). 2050 yılına gelindiğinde ise dünyadaki 9 milyar insanın yaklaşık %20'sinin 60 yaşın üzerinde olması beklenmektedir (Liu, 2022). Yaşlı nüfusun ve sağlıksız geçirilen yıl sayısının artmasıyla beraber sağlıklı yaşlanmaya duyulan ihtiyaç da daha fazla olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aktif ve sağlıklı yaşlanmayı "insanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini artırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını optimize etme süreci" olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlıklı yaşlanmanın herkes için sağlık ve zindeliği teşvik etmeye yardımcı olan bir çevrenin ve sistemlerin ürünü olduğunu kabul etmektedir. Sağlıklı yaşlanma fiziksel, zihinsel, sosyal, ekonomik, kültürel, manevi ve sivil bileşenleri içeren çok boyutlu bir kavramdır (World Health Organization, 2015). Başarılı yaşlanma konusunda ise en iyi bilinen çerçeve 1997 yılında Rowe ve Kahn tarafından ortaya konmuştur (Rowe & Kahn, 1997). Bu model 3 bileşen içerir: Hastalıktan kaçınmak, bilişsel ve fiziksel fonksiyonları optimal düzeyde sürdürmek ve hayata bağlı kalmak. Bu 3 alanın kesişimi, "sağlıklı yaşlanma" olarak adlandırılan optimal durumu temsil etmektedir. Bununla birlikte, 65 yaş üzeri bireylerin çoğu bir veya daha fazla kronik hastalığa sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) herhangi bir kronik hastalığı olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerin oranı %8'den azdır (Hung et al., 2011). Yaşlı yetişkinlere hedefleri ve sağlıklı yaşlanmayı nasıl algıladıkları sorulduğunda, daha çok sosyal katılım, bağımsızlığı sürdürme ve bir topluluğa ait olma konularına odaklanma eğiliminde oldukları görülmüştür (Cosco, Prina, Perales, Stephan, & Brayne, 2013). Bireylerdeki kronik hastalık veya fonksiyonel yetersizliklere rağmen, adaptasyon aracılığıyla anlam, amaç ve bağlılık içeren bir yaşamın hâlâ mümkün olduğu kabul edilmektedir.

İdeal koşullar altında sağlık, kişinin günlük yaşamda fiziksel ve zihinsel aktivitelerinde tamamen bağımsız olması şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak pratikte sağlık, günlük yaşam aktivitelerinde yeterince bağımsız bir fiziksel ve zihinsel durumu ifade eder (Rattan, 2013). Sağlık; genetik faktörler, sosyo-davranışsal-çevresel etkiler ve sağlık hizmetlerine erişim arasındaki karmaşık etkileşimin bir sonucudur. Erken ölümlere yüksek oranda davranışsal ve sosyal koşulların katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir (Schroeder, 2007). ABD'de davranışsal faktörler hem uzun ömürlü olmayı hem de yeti yitimine bağlı kaybedilen yaşam yıllarını güçlü bir şekilde etkilemektedir. Araştırmalar, tütün kullanımı, diyet faktörleri, yüksek vücut kitle indeksi, yüksek tansiyon, yüksek açlık kan şekeri, fiziksel inaktivite veya düşük aktivite seviyelerini, bu sonuçların her ikisi için de en önemli risk faktörleri olarak bildirmektedir (Murray et al., 2013). Sağlıklı yaşam tarzı faktörleri zaman içinde farklı yörüngeler göstermiştir. Sigara içme oranları azalmış, obezite ve sedanter davranış (özellikle yaşlı yetişkinler arasında) artmış, meyve ve sebze tüketiminde çok az değişiklik olmuştur (Ladabaum, Mannalithara, Myer, & Singh, 2014; Troost, Rafferty, Luo, & Reeves, 2012). Yaşam beklentisindeki artışa ek olarak yaşam tarzı risk faktörlerindeki bu değişiklikler, kronik hastalık ve multimorbidite prevalansının artmasına katkıda bulunmaktadır. Çalışmalardan elde edilen veriler, yaşlı yetişkinler arasında hipertansiyon, diyabet, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve artrit prevalansında artış olduğunu göstermiştir. ABD'deki yaşlı yetişkinler arasında, dört ya da daha fazla kronik hastalık prevalansı 1998'den 2008'e kadar geçen on yıllık sürede %11,6'dan %17,4'e yükselmiştir. Aynı aralıkta, kronik hastalığı olmayan yaşlı yetişkinlerin oranı ise %13,1'den %7,8'e düşmüştür (Hung et al., 2011). Yani, multimorbidite artmakta ve yaşlılıkta kronik hastalık olmadan yaşama olasılığı azalmaktadır. Sağlıklı yaşlanma, yaşam döngüsü boyunca devam eden bir süreçtir. Erken yaşta edinilen ve yaşam boyunca uygula-

nan sağlık alışkanlıkları, uzun ömürlülüğü, yaşlılığa ulaşma becerisini ve kişinin ileri yetişkinlik dönemini sağlıkla geçirmesini etkilemektedir. Bu hususta da kişilerin yaşam tarzının, yaşlanmanın yörüngesini optimize etmeye yardımcı olabileceği, refah ve yaşam kalitesi için gerekli olduğu düşünülen hedefleri destekleyeceği öngörülmektedir. Bunlar arasında komorbidite, fiziksel fonksiyonda azalma, bilişsel fonksiyonda azalma, sarkopeni ve kırılganlığın başlangıcının önlenmesi veya geciktirilmesi gibi unsurlar yer almaktadır (Friedman, 2020).

Tüm bu sebeplerle sağlıklı yaşlanmaya yardımcı olan uygulamaların bilinmesi, komorbid durumların yönetimi ve yaşlanma sürecinde bireylere gereken desteğin verilmesi oldukça önemlidir. Bu derlemenin amacı, yaşlı bireylerde sağlıklı yaşlanmayı desteklemeye yönelik uygulamalar, komorbid durumlar ve yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve sağlıklı yaşlanmaya bütüncül bir bakış açısı sunmaktır.

Kronik Hastalıklarla Başa Çıkmak

Artan yaşla birlikte bireylerdeki kronik hastalık prevalansı ve hastalıkların sayısı artmakta, bu durum da günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa yol açabilmektedir (Okabe et al., 2017). Birçok çalışma yaşam tarzı faktörlerinin kronik hastalıklara yakalanma riskini azalttığını göstermiştir. Yakın tarihli bir araştırmada (Nyberg et al., 2020), 40-75 yaş arası 116.043 katılımcı 15 yıl boyunca takip edilmiş ve yaşam tarzı faktörlerinin farklı kombinasyonlarının, kronik hastalığın olmadığı yaşam yıllarıyla ilişkisi incelenmiştir. Bu kapsamda kişilerin sahip olduğu dört temel yaşam tarzı faktörünün (sigara içme durumu, vücut kitle indeksi, fiziksel aktivite alışkanlığı ve alkol tüketimi) her birine risk durumuna göre puan (0-zayıf, 1-orta, 2-optimal) verilerek kişilerin toplam yaşam tarzı puanları (0-8) hesaplanmış ve çeşitli yaşam tarzı profilleri oluşturulmuştur. En iyi yaşam tarzı puanına sahip olmanın, en kötü puana kıyasla, kronik hastalıkların olmadığı yaklaşık 9 ek yılla ilişkili olduğu görülürken; 1 puanlık avantaj, kronik hastalıklar (tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı, inme, kanser, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı) olmaksızın geçirilen yaşam yıllarında yaklaşık 1 yıllık artışla ilişkilendirilmiştir. Hastalıksız en uzun yaşam süresiyle ilişkilendirilen profillerin tamamında ise vücut kitle indeksi 25'in altında olup; hiç sigara içmemek, fiziksel aktivite yapmak ve orta düzeyde alkol tüketimi davranışlarından en az 2'sinin bu profillerde bulunduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, kronik hastalık geliştirme riski açısından 8 yıl boyunca takip edilen 35-65 yaş arası 23.000 katılımcıdan, başlangıçta dört yaşam tarzı faktörünün (hiç sigara içmemiş olmak; vücut kitle indeksinin 30'un altında olması; haftada ≥3,5 saat fiziksel aktiviteye katılmak; meyve, sebze ve tam tahıl tüketiminin yüksek, et tüketiminin düşük olması) tamamına sahip olan kişilerin, takip sırasında kronik hastalığa yakalanma riski %78, diyabete yakalanma riski %93, miyokard enfarktüsü geçirme riski %81, inme geçirme riski %50 ve kanser teşhisi konma riski %36 oranında daha düşük bulunmuştur (Ford et al., 2009).

Amerikan Preventif Kardiyoloji Derneği'nin (ASPC) güncel raporunda (Bays et al., 2021) kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından on risk faktörü tanımlanmıştır: Sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, dislipidemi, hiperglisemi, hipertansiyon, obezite, spesifik popülasyonlara ilişkin hususlar (ileri yaş, ırk/etnik köken ve cinsiyet farklılıkları), tromboz/sigara içme, böbrek fonksiyon bozukluğu ve genetik/ailesel hiperkolesterolemi. Bu risk faktörlerinin yönetimi konusunda ise diyet (sebze, meyve, baklagil, kuruyemiş, tam tahıl, tohum ve balık tüketiminin artırıldığı; trans yağ, doymuş yağ, işlenmiş karbonhidrat ve et, şekerle tatlandırılmış içecekler ve alkol alımının sınırlandırıldığı), fiziksel aktiviteye düzenli katılım, kilo kontrolü, sigarayı bırakma gibi yaşam tarzı faktörlerinin önemi vurgulanmıştır.

Terapötik yaşam tarzı değişikliklerinin mevcut hastalığı düzeltebileceği de bilinmektedir. Bir çalışmada koroner arter hastalığı olan 35-75 yaş arasındaki bireyler, normal bakıma karşı çok boyutlu bir yaşam tarzı müdahalesine randomize edilmiştir. Çok düşük yağlı (kalorilerin %10'u yağdan) vejetaryen diyet, sigarayı bırakma, stres yöne-

timi (günde bir saat esneme egzersizleri, nefes alma, meditasyon, aşamalı gevşeme ve imajinasyon), orta düzeyde egzersiz ve haftada iki kez psikolojik destek seansları alan müdahale grubunun %82'sinde 1 yıl sonunda hastalık bulgularının gerilediği görülmüştür. Müdahale grubunda %91 daha az anjina atağı görülürken, kontrol grubunda başlangıç seviyesine göre %165 daha fazla anjina atağı bildirilmiştir (Ornish et al., 1990).

Yeti Yitimi ile Başa Çıkmak

Giyinme, banyo yapma veya ilaç tedavisini yönetememe gibi durumlarla karşımıza çıkan yeti yitimi, ABD'deki yaşlı yetişkinler arasında yaygın ve maliyetli bir problemdir (Hung et al., 2011). Bu hususta davranışsal risk faktörlerinin azaltılması, ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirmenin potansiyel bir yolu olarak görülmektedir. Yaşamın yedinci dekadındaki sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının (normal kiloyu korumak, sigara içmemek ve düzenli egzersiz yapmak gibi), sekizinci ve dokuzuncu dekadlardaki engellilik ve ölüm oranlarını öngördüğü bildirilmiştir. Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının fiziksel fonksiyonlardaki yeti yitiminin ve ölüm oranlarının azalmasına katkıda bulunduğu yönünde kanıtlar mevcuttur (Chakravarty et al., 2012). Yaşam tarzı ve sağlık arasındaki bağlantıları inceleyen başka bir araştırmada yedi sağlıklı alışkanlık değerlendirilmiştir: sigara içmemek, kontrollü alkol tüketimi, 7-8 saat uyumak, orta düzeyde egzersiz yapmak, düzenli yemek yemek, orta düzeyde kiloyu korumak ve kahvaltı yapmak. Araştırmada 6 veya daha fazla sağlıklı alışkanlığı olanların, 3 veya daha az olanlara göre 11 yıl daha uzun yaşama ihtimali olduğu ve daha düşük yeti yitimi oranları bildirilmiştir (Belloc & Breslow, 1972). Başka çalışmalar da sağlıklı yaşam tarzının koruyucu etkisini doğrulamaktadır; sağlıklı davranışlarda bulunanların engelli olma olasılığı, sağlıklı davranışlarda bulunmayanlara kıyasla %75'e varan oranlarda daha düşük gözükmektedir (Liao et al., 2011). 65 yaş ve üzeri 5248 erkek ve kadından oluşan toplum temelli bir kohort çalışmasında ise sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olan bireylerin beklenen yaşam süresi, sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olanların beklenen yaşam süresinden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, sağlıklı yaşam tarzına sahip olanlar için uzun ömürlülükteki artışa ek olarak morbiditede de bir azalma olduğunu göstermektedir (Jacob et al., 2016).

Bilişsel Zayıflıkla Başa Çıkmak

Bilişsel bozukluklar, yaşlı popülasyonda hafıza, öğrenme, dikkat, karar verme ve muhakeme fonksiyonlarında görülen problemlerle ilişkili durumları kapsamaktadır (Alzheimer's Association, 2017). Yaşlı bireylerde bilişsel zayıflıkla ön plana çıkan demansın, dünya çapında 50 milyon insanı etkilediği tespit edilmiştir (Alzheimer's Disease International, 2015). Önümüzdeki otuz yılda ise bu sayının 152 milyon kişiye yükseleceği (World Health Organization, 2019) tahmin edilmektedir. Bu nedenle DSÖ, hem sağlıklı hem de bilişsel fonksiyonları azalmış bireyler için koruyucu stratejilerin önemini vurgulamaktadır. Bilişi koruma ve demansı önleme üzerine yaşam tarzı faktörlerinin potansiyel etkisini vurgulayan kanıtlar mevcuttur. Düzenli fiziksel aktivite ve kardiyovasküler risk faktörü (diyabet, obezite, sigara ve hipertansiyon) yönetimi, sağlıklı beslenme, yaşam boyu öğrenme/bilişsel eğitimlerin bilişsel zayıflık ve demans riskini azaltabileceğine dair güçlü kanıtlar vardır (Baumgart et al., 2015). Prospektif bir kohort çalışmasında, haftada yaklaşık 2,5 saat egzersiz yapan yaşlı yetişkinlerin demans geliştirme riskinin daha az olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, akdeniz tipi diyete yüksek düzeyde uyum gösterenlerde demans riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Scarmeas et al., 2009).

Katılımı Sürdürmek

Katılım, kişiler arası ilişkileri; sosyal etkileşimi; boş zaman, sosyal ve fiziksel uygunluk faaliyetlerini içeren çok yönlü bir kavramdır. Aynı zamanda birçok yaşlı yetişkinin sağlıklı veya başarılı yaşlanmanın temel bileşeni olarak tanımladığı unsurun odak noktasıdır. Katılımı sürdürmek, Rowe ve Kahn tarafından önerilen modelde başarılı yaşlanma bileşenlerindendir (Rowe

& Kahn, 1997). Fiziksel aktivite ve egzersiz faaliyetlerine katılım, sosyal etkileşimin artmasına yardımcı olmaktadır. Çok kırılgan yaşlı yetişkinlerde bile, fiziksel uygunluk eğitimine (10 hafta boyunca haftada 3 gün, kalça ve diz ekstansörlerine yönelik yüksek yoğunluklu ilerleyici dirençli egzersiz eğitimi) katılım, spontan aktivitede artış sağlamakta ve sosyalleşmenin önündeki engelleri azaltabilmektedir (Fiatarone et al., 1994). Bir çalışmada, fiziksel olarak inaktif olan yaşlı yetişkinlerin sosyal etkileşimlerinin zayıf olduğunu bildirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Meisner, Dogra, Logan, Baker, & Weir, 2010). Ek olarak, sağlıklı yaşlanma sürecinde çevrenin, katılımın önündeki engeller üzerinde kilit rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan bazı projeler yaşlı yetişkinlerin ihtiyaçlarını dikkate alan yapılı çevre ve programların, katılımı teşvik etmeye yardımcı olabileceğini göstermiştir (Friedman et al., 2019).

Sarkopeni ve Kırılganlıkla Başa Çıkmak

Sarkopeni, yaşlanmayla birlikte görülen düşük güç ve/veya fiziksel performans ile düşük kas kütlesinin varlığıdır. Yaşlı yetişkinlerde kırılganlık (ilerleyen yaşla beraber, metabolik, nöromüsküler ve immün sistemlerde fizyolojik kapasitenin gerilemesi sonucu, stres durumlarına karşı adaptasyonun bozulması ve güçsüzlük durumu (Clegg et al., 2013)), düşme ve fonksiyonel yetersizlik riski oluşturmaktadır. Sarkopeni prevalansının 65 yaş üstü kişilerde %15'e, 80 yaş üstü kişilerde ise %50'ye kadar çıktığı tahmin edilmektedir. Diz ve dirsek kuvveti yaşlı yetişkinlerde yılda %1-4 oranında azalırken, erkeklerde kadınlara göre daha hızlı bir düşüş yaşanmakta ve kas kuvveti kaybı kas kütlesi kaybını aşabilmektedir (Scott, Blizzard, Fell, & Jones, 2011). Çeşitli yaşam tarzı bileşenleri sarkopeni riskini azaltabilmektedir. Sedanter yaşam tarzı sarkopeni için önemli bir risk faktörüdür ve bunun aksine egzersiz, sarkopeninin önlenmesi ve tedavisinde önemli bir strateji olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem aerobik aktivite hem de kuvvet eğitimi kas kütlesini ve gücünü korumak için önemlidir ayrıca genel fiziksel aktivite sarkopeniyi önlemeye yardımcı olabilmektedir (Rom, Kaisari, Aizenbud, & Reznick, 2012; Scott et al., 2011). Çok düşük aktivite seviyesine sahip kişiler bile aerobik eğitim ve kuvvet eğitimindeki küçük artışlardan fayda sağlayabilmektedir (Friedman, 2020).

Sağlıklı yaşlanmaya en iyi derecede katkı sağlayan unsurların birçoğu beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal katılım gibi yaşam boyu süren yaşam tarzı seçimleriyle bağlantılıdır. Bireysel düzeyde, yaşam tarzı tercihleri bireyin fiziksel kapasitesini daha fazla artırmakta veya azaltmaktadır (Daniel, 2020). Longitudinal çalışmalar, diyetle protein alımının sarkopeniye karşı korunmada önemli olduğunu öne sürmüştür. Genç yetişkinler için önerilen protein miktarı günde 0,8 g/kg'dır ve yaşlı yetişkinlerin günde 1,1 g/kg'a ihtiyaç duyabileceğine dair kanıtlar vardır (Rom et al., 2012). D vitamini, tip II liflerin işlevini sürdürerek kas gücünü korumada önemlidir. Oksidatif strese karşı koruyucu olan meyve, sebze ve karotenoid bakımından zengin diyetlerin sarkopeni gelişimine karşı da koruyucu olabileceğine dair veriler giderek artmaktadır. Bir meta-analizde, bireylerin sebze, baklagiller, meyve ve fındık bakımından yüksek, doymuş yağ, kırmızı ve işlenmiş et bakımından düşük bir Akdeniz diyetine ne kadar uyum gösterirlerse, kırılganlık geliştirme risklerinin o kadar az olduğunu gösterilmiştir (Kojima, Avgerinou, Iliffe, & Walters, 2018). Aşırı alkol tüketiminin, tip II kas liflerinin atrofisi ile karakterize miyopatiye yol açabileceği; sigara kullanımının ise kas protein sentezini bozarak sarkopeni riskini artırabileceği bildirilmiştir (Friedman, 2020). Kişiler arasında tütün, alkol, diyet, fiziksel aktivite, kilo, stres ve uyku gibi faktörlerin değerlendirilmesi ve yönetimi önemli gözükmektedir (Lianov & Johnson, 2010).

Sağlıklı Yaşlanmayı Desteklemek

DSÖ, 2015 yılında yaşlanma ve sağlıkla ilgili raporunu yayınlamıştır (Beard et al., 2016; World Health Organization, 2015). Bu rapor, küresel eyleme rehberlik edecek sağlıklı yaşlanmaya ilişkin, kanıta dayalı bir kavramsallaştırma çerçevesi çizmek için onlarca yıllık gerontolojik ve geriatrik araştırmalardan yararlanmıştır. Yaşlanma ve sağlığa ilişkin küresel strateji ve eylem planı

ile Birleşmiş Milletler'in 2021'den 2030'a kadar sürecek olan on yılda sağlıklı yaşlanma için temeller oluşturulmuştur. Raporda, sağlıklı yaşlanmayı mümkün olan en geniş anlamda çerçevelemek adına yetenek temelli bir yaklaşım benimsenmiştir (Sen, 1993). Bunu yaparken, kişinin yaşlandıkça değer verdiği faaliyetleri yapmasını sağlayan bağlamsal ve bireysel niteliklerin önemi vurgulanmıştır. Bu çerçevenin merkezinde iki farklı kavram yer alır: Sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunabilecek tüm bireysel düzeydeki özellikleri tanımlayan "içsel kapasite" ve içsel kapasitenin, bireyin etkileşimde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevrenin, bireyle çevresi arasındaki etkileşimin birleşimini tanımlayan "fonksiyonel yetenek" (Beard, Si, Liu, Chenoweth, & Hanewald, 2022). Bu yapılar, sağlıklı yaşlanmayı hastalığın varlığı veya yokluğundan ziyade bireyin fonksiyonu perspektifinden tanımlamaktadır. Aynı duruma sahip bireylerde farklı fonksiyonel sonuçlar görülebileceği gibi tanımlanmış bir hastalığı olmayanlar da fonksiyonel kayıplar yaşayabilmektedir. Aynı zamanda artan yaşla ilişkili biyolojik değişikliklerin çok sayıda hastalığa neden olabileceğine dair giderek artan kanıtlar olduğundan bu durum kritik gözükmektedir (Ferrucci et al., 2020; López-Otín, Blasco, Partridge, Serrano, & Kroemer, 2013). DSÖ modeli aynı zamanda yaşam boyu devam eden bir perspektifi benimsemekte ve fonksiyonellikteki değişiklikleri bir süreklilik olarak ele almaktadır. Ulusal Önleme Konseyi'nin sağlıklı yaşlanma stratejisi ise sağlıklı yaşlanmayı desteklemek için beş spesifik yaklaşımı önermektedir (Council, 2016): Sağlığı teşvik etmek, yaralanmayı önlemek ve kronik durumları yönetmek, bilişsel sağlığı optimize etmek, fiziksel sağlığı optimize etmek, ruh sağlığını optimize etmek, sosyal katılımı kolaylaştırmak.

Sağlıklı yaşlanma boyutunda klinisyenlere de önemli görevler düşmektedir. Bireysel düzeyde, hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir. Ek olarak, yaşlanmanın sadece biyolojik olarak yönetildiği ve politikalar, topluluklar ve yaşam tarzı gibi faktörlerden etkilenmeyeceği yönündeki yanlış sosyokültürel inanışlara karşı koymak önemli gözükmektedir. Bu durum, sağlıksız yaşlanma riskinin anne karnında başladığı ve sosyo-ekonomik eşitsizliklerin bir sonucu olarak çocukluk dönemine kadar uzandığı popülasyonlardan gelen kişiler için özellikle önemli olacaktır. Klinisyenler, tüm yaşlı hastalarına "Hayatınıza anlam katan nedir? Size keyif veren şeyler nelerdir? Geçmişte bir değişikliğe veya kayba nasıl uyum sağladınız? Geçmişte kendinizi daha sağlıklı hissetmek için yaptığınız şeylerden birisi nedir? Hayatınızdaki önemli kişiler ve gruplar kimlerdir?" gibi sorular sorarak sağlıklı yaşlanma sürecini bireysel düzeyde kapsamlı bir şekilde incelemelidirler (Aronson, 2020).

Bir başka husus hedef belirlemektir. Hedef belirleme, tanımları ve modelleri işlevsel hale getirmektedir. DSÖ, nüfus düzeyinde sağlıklı yaşlanma için, halk sağlığı eyleminin bireylerde ve çevrelerinde yetenekler geliştirmeye odaklanması gerektiğini, böylece yaşlı yetişkinlerin yeni fonksiyonellik yolları geliştirerek değişen koşullara uyum sağlayabileceğini bildirmektedir (Beard et al., 2016). Şu hedefleri savunmaktadırlar:

* Sağlık sistemlerini, hastalıklara, semptomlara, akut bakıma ve tedaviye daha az, fonksiyona ve kronik bakıma daha fazla odaklanarak şu anda hizmet verdikleri yaşlı nüfuslarla uyumlu hale getirmek;

* Bağımlılığı en aza indiren, kadınları kariyerlerini sona erdiren bakım işlerinden kurtaran, aileleri fazla maliyetlerden kurtaran, yaşlı yetişkinlerin temel haklarını ve onurunu destekleyen, kapsamlı ve uzun vadeli bakım sistemleri geliştirmek;

* Yaş dostu çevreler geliştirmek;

* Evrensel ölçütleri ve izleme sistemlerini geliştirmek.

American Association of Retired Persons'ın (AARP) bir program girişimi olan tecrübe paylaşımları; öğretmenleri, okulları ve bir topluluk içindeki yaşlı yetişkinleri, her katılımcıya çeşitli yollarla fayda sağlayan anlamlı paylaşımlarla kişileri birbirine bağlamaktadır. Program, öğrencilere rehberlik ve beceri gelişimi imkânı sağlarken (AARP Experience Corps, 2023), yaşlı yetişkinlere ken-

di toplumlarında fiziksel ve zihinsel gelişim için fırsatlar sunmaktadır (Fried, Freedman, Endres, & Wasik, 1997). Günümüzde, bu program aracılığıyla yaşlı yetişkinlerin kendi toplumlarındaki okullarda gönüllü olmaları için fırsatlar bulunmaktadır. Çocukların ve programa katılan yaşlı bireylerin programdan yarar sağladığına dair kanıtlar giderek artmaktadır (AARP Experience Corps, 2023).

Yaş Dostu Hareket

DSÖ'nün sağlıklı topluluklarla ilgili fikirlerini öne sürdüğü raporda, yaşlı yetişkinlerin fonksiyonel yeteneklerini sürdürmeleri için gerekli olan 5 temel fonksiyonel yetenek alanı belirtilmiştir (World Health Organization, 2015): temel ihtiyaçları karşılamak, öğrenmek, gelişmek ve karar almak, hareketli olmak, ilişkiler kurmak ve sürdürmek, katkıda bulunmak. Bu yetenekler sağlıklı yaşlanma için oldukça önemlidir. Yaşlı yetişkinlerin toplumlarına katkıda bulunmalarına, güvenli bir şekilde yaşamalarına, bir amaca ve değere sahip olmalarına olanak sağlamaktadır (Daniel, 2020). Toplumların bu alanları ne kadar iyi benimseyip geliştirebildikleri 3 ana hususla ilgilidir: (1) yaşlı yetişkinlerin çevrelerine uyumu sağlanmalıdır; (2) yaşlanmaya karşı yaygın olan ve toplumsal alışkanlıklara derinlemesine işlemiş olumsuz tutumların değişmesi gerekmektedir; bu tutumlar yaşlı yetişkinlerin potansiyelini neredeyse tamamen sınırlamaktadır; ve (3) çevresel etkenler bireyin cinsiyetine, etnik kökenine veya eğitim düzeyine bağlı olarak bireyleri farklı şekilde etkilemektedir (Daniel, 2020).

DSÖ, her toplumun fonksiyonel beceriyi 2 temel yolla geliştirmesini önermektedir (World Health Organization, 2015): Riskleri azaltarak (yüksek hava kirliliği seviyeleri gibi), sağlıklı davranışları teşvik ederek veya bunların önündeki engelleri kaldırarak ve kapasiteyi geliştiren hizmetler sağlayarak içsel kapasitenin oluşturulması ve sürdürülmesi; daha fazla fonksiyonel becerinin mümkün kılınması. Bu ilkeler dünya çapında uygulanmaktadır. ABD'de AARP, ülke genelinde bu hareketi desteklemiş ve Yaşanabilir Topluluklar Girişimi'ni geliştirmiştir. Temel olarak, yaş dostu bir toplum olmak, toplumun okullar, sağlık hizmetleri, ulaşım, ulaşıma erişim ve egzersiz gibi yapılı çevre aracılığıyla toplumda sağlıklı yaşlanmanın önündeki engelleri ve tehlikeleri araştıran kapsamlı bir çalışma yürütmesi anlamına gelmektedir (AARP Liveable Communities, 2023). Birçok yaşlı yetişkinin kendi toplumlarında ve diğer kurumlarda karşılaştıkları zorluklara ilişkin artan farkındalığın bir parçası olarak, kurumlar çoğunlukla tüm topluma fayda sağlayan yeni düşünce ve yöntemleri benimsemektedir. Örneğin, toplu taşıma imkânlarının sınırlı olduğu yerlerde, artık araç kullanmayan veya bir araca erişimi olmayan yaşlı yetişkinler için ulaşım seçeneklerine duyulan ihtiyacın artan farkındalığı, yalnızca yaşlı bireyler için değil, toplumdaki herkes için daha fazla ulaşım seçeneği oluşturmaktadır. Yaş dostu olmak sürdürülebilirdir. Ayrıca, toplumun her üyesine fayda sağlayan en iyi uygulamalardan biri olarak kabul edilmektedir (Daniel, 2020).

Sağlıklı Yaşlanma ve Mavi Bölgeler

Buettner, 2005 yılında mavi bölgeleri, dünya genelinde nüfusun normalden uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdüğü beş bölge olarak tanımlamıştır (Buettner, 2005). Tüm bu toplulukların ortak özelliği, coğrafi olarak ılıman iklimlerde bulunmaları, halkın yerel olarak yetiştirilen çeşitli meyve ve sebzelerle beslenmeleri ve oldukça sade, az sanayileşmiş bir yaşam sürmeleridir. Tüm topluluklar denize yakın konumdadır ve diyetlerinin bir parçası olarak balık tüketmektedir. Aktivite (yoğun aerobik aktivite dışında, markete, diğer sosyal ve günlük aktivitelere yürüyerek gidip gelmek gibi) günlük yaşamın bir parçasıdır. Yaşam tarzları çoğu Amerikalıdan daha az sedanterdir. Bu topluluklar, birlikte yaşayan kuşaklararası ailelerle sosyal açıdan oldukça entegredir (Buettner, 2005). 2016 yılında Buettner ve Skemp, sıradışı yaşlanmaya sahip bu toplulukların özelliklerini yakından inceleyen multidisipliner bir ekibin önerilerini özetlemiştir (Buettner & Skemp, 2016). Bu önerilere "9 Güç" adını vermişlerdir. Mevcut önerilerin yaşlanma sürecini yavaşlatmaya katkıda bulunduğuna inanılmaktadır (Juster, McEwen, & Lupien, 2010). Öneriler Tablo-1'de sunulmuştur (Buettner & Skemp, 2016).

Tablo-1: Mavi bölgelerde yaşayan toplulukların özelliklerini inceleyen ekibin önerileri:

1. Doğal şekilde hareket etmek. Bu topluluklarda yaşayanlar günlük yaşamlarında motorlu taşıt veya diğer makineleri kullanmaya ihtiyaç duymamışlardır. Günlük yaşamlarında tüm faaliyetlere yürüyerek gidip gelmektedirler. Sık sık bahçe ekip biçmekte ve evcil hayvanlara bakmaktadırlar.

2. Yaşam amacı edinmek. Bu toplulukların sakinleri ileri yaşlara ulaştıklarında hayattan kopmamışlardır. Günlük faaliyetlerini ve toplumdaki rollerini yönlendiren bir yaşam amacına sahip olmaya devam etmektedirler. Kendi toplulukları ile vakit geçirmeye devam etmişlerdir.

3. Basit yaşamak. Bu uzun ömürlü toplulukların sakinleri, yaşamlarındaki stresi yönetmelerine yardımcı olan günlük meditasyon veya dini ritüeller uygulamışlardır.

4. %80 kuralını uygulamak. Bu toplulukların çoğu sakini %80 oranında doyduklarında yemek yemeyi sonlandırmayı öğrenmiştir. Ayrıca, en büyük öğünlerini gün ortasında ve küçük bir öğünü ise akşamları yemektedirler. Bir sonraki öğünlerini yaklaşık 12-14 saat sonra tüketmektedirler.

5. Bitkisel gıdalar tüketmek. Bu toplulukların diyetleri ağırlıklı olarak meyve ve sebzelerden oluşmakta (Akdeniz tipi diyet) ve sadece küçük bir oranda hayvansal protein (ortalama et tüketimi ayda sadece 5 porsiyon) içermektedir.

6. Aşırı alkol tüketiminden kaçınmak. Toplulukta yaşayanların birçoğu günlük alkol tüketimini sınırlandırmaktadır.

7. Ait olmak. Çalışmadaki hemen hemen her yüz yaş üstü kişi inanç temelli bir topluluğun parçası olmuştur ve kendi topluluklarındaki etkinliklere düzenli olarak katılmıştır.

8. Önceliği sevdiklerimize vermek. Yaşlı yetişkinler, beraber yaşayan kuşaklararası ailelerin bir parçası olmuştur. Ebeveynler, büyükanne ve büyükbabalar yaşlandıkça başka bir yere taşınmamış; daha geniş bir ailenin içinde aynı evde yaşamışlardır. Boşanma nadir görülen bir durum olup, eşler partnerlerine ve ailelerine ömür boyu bağlılık göstermekte ve bu bağlılık onurlandırılmaktadır.

9. Doğru insanlarla olmak. Buralarda yaşayanlar genellikle hayatları boyunca değer verdikleri ve birlikte eğlendikleri yakın bir arkadaş grubuna sahip olmuşlardır. Bu yakın arkadaş grubunun, yalnızlık ve depresyondan korunmanın yanı sıra bir sorumluluk kaynağı olarak da işlev gördüğü varsayılmaktadır.

Bu gözlemlerin bir sonucu olarak, diğer topluluklar da mavi bölgelerin beslenme, yaşam tarzı ve sosyal koşullarını mümkün olduğunca kendi topluluklarına entegre etmeye çalışmaktadırlar. Ilıman ve güneşli bir coğrafyada yaşamanın avantajı mavi bölgelerde elde edilen sonuçlara katkıda bulunsa ve dünya genelinde herkes tarafından erişilebilir olmasa da, diğer toplumlar da en az bu denli önemli olan yaşam tarzlarını, beslenme biçimlerini ve sosyal entegrasyonu benimseyebilirler.

Sonuç ve Öneriler

Sağlıklı yaşlanmanın nüfus düzeyindeki hedefleri arasında sağlık sistemi dönüşümü, yaş dostu ortamlar, kapsamlı uzun vadeli bakım, komorbidite yönetimi ve evrensel standartlar yer almalıdır. Sağlıklı yaşlanmanın bireysel düzeydeki hedefleri, hastalık ve semptom yönetiminin ötesine geçerek yaşam boyu bilişsel, fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığın geliştirilmesini ve sosyal politikaların yeniden önceliklendirilmesini içerir. Sağlıklı yaşlanma sürecinde, tıbbi tedavinin ötesinde kapsamlı bir bakıma geçmek önemli gözükmektedir. Bunun içinse tıbbi çözümlere ek olarak kültürel değişim de gerekmektedir. Bireylerin, sosyal katılım, fiziksel aktivite, hareketlilik ve kişisel gelişim fırsat-

ları olmadan sağlığına kavuşmaları mümkün gözükmemektedir. Biyolojik faktörler yaşlanmada rol oynasa da, kişinin sağlıklı yaşlanma şansının tek belirleyicisi olmaktan uzaktır. Sosyo-ekonomik, davranışsal ve psikososyal etmenler gibi yaşam tarzı belirleyicileri sağlıkla yakından ilişkili gözükmektedir. Kişilerin yaşam boyu fırsatlara, amaç ve sorumluluklara ihtiyacı vardır. Sağlıklı yaşlanma boyutunda mavi bölgeler gibi toplulukların yaşam tarzları ve alışkanlıkları diğer toplumlar tarafından örnek alınıp uygulanabilir.

Sonuç olarak, dünya genelinde sağlıklı yaşlanmaya yönelik kanıtlanmış birçok uygulama ve bu uygulamaların hayata geçirilmesi için pek çok örnek ve fırsat bulunmaktadır. Temelde sağlıklı yaşlanmaya yönelik bütüncül bir bakış açısı, yaşam tarzı modifikasyonları, yaşlanmaya ve yaşlı yetişkinlere yönelik ayrımcı tutumların değiştirilmesi ve yaş dostu çevrelerin artırılması her koşulda önemli gözükmektedir. Böylelikle herkes sağlıklı yaşlanma sürecine katılacak ve tüm toplum bundan fayda görecektir.



KAYNAKÇA

AARP Experience Corps (2023). *Experience Corps: Our İmpact*. Retrieved September 11, 2023. https://www.aarp.org/experience-corps/our-impact/

AARP Liveable Communities (2023). *Liveable Communities: About*. Retrieved September 11, 2023. https://www.aarp.org/livable-communities/about/

Alzheimer's Association. (2017). 2017 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's and Dementia, 13, 325–373. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.02.001

Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer report 2015. London, UK: Alzheimer's Disease International, 87 pp. Retrieved from https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf

Aronson, L. (2020). Healthy aging across the stages of old age. *Clinics in Geriatric Medicine,* 36(4), 549-558.

Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia,* 11(6), 718-726.

Bays, H. E., Taub, P. R., Epstein, E., Michos, E. D., Ferraro, R. A., Bailey, A. L., ... & Toth, P. P. (2021). Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors. *American Journal of Preventive Cardiology,* 5, 100149.

Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., . . . Mahanani, W. R. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. Lancet, 387(10033), 2145-2154.

Beard, J. R., Si, Y., Liu, Z., Chenoweth, L., & Hanewald, K. (2022). Intrinsic capacity: validation of a new WHO concept for healthy aging in a longitudinal Chinese study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 77(1), 94-100.

Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine,* 1(3), 409-421.

Buettner, D. (2005). The secrets of living longer. *National Geographic,* 11, 2-21.

Buettner, D., & Skemp, S. (2016). Blue zones: lessons from the world's longest lived. American *Journal of Lifestyle Medicine,* 10(5), 318-321.

Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Krishnan, E., Bruce, B. B., Lingala, V. B., & Fries, J. F. (2012). Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults. *The American Journal of Medicine,* 125(2), 190-197.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868): 752-762.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710.

Council, N. P. (2016). Healthy aging in action.

Daniel, K. M. (2020). Best practices for promoting healthy aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(4), 713-718.

Ferrucci, L., Gonzalez-Freire, M., Fabbri, E., Simonsick, E., Tanaka, T., Moore, Z., . . . de Cabo, R. (2020). Measuring biological aging in humans: A quest. *Aging Cell*, 19(2), e13080.

Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., . . . Evans, W. J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine,* 330(25), 1769-1775.

Ford, E. S., Bergmann, M. M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Archives of İnternal Medicine*, 169(15), 1355-1362.

Fried, L. P., Freedman, M., Endres, T. E., & Wasik, B. (1997). Building communities that promote successful aging. *Western Journal of Medicine,* 167(4), 216.

Friedman, S. M. (2020). Lifestyle (medicine) and healthy aging. *Clinics in Geriatric Medicine,* 36(4), 645-653.

Friedman, S. M., Mulhausen, P., Cleveland, M. L., Coll, P. P., Daniel, K. M., Hayward, A. D., . . . White, H. K. (2019). Healthy aging: American Geriatrics Society white paper executive summary. *Journal of the American Geriatrics Society,* 67(1), 17-20.

Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S., & Siu, A. L. (2011). Recent trends in chronic disease,

impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatrics,* 11(1), 1-12.

Jacob, M. E., Yee, L. M., Diehr, P. H., Arnold, A. M., Thielke, S. M., Chaves, P. H., . . . Newman, A. B. (2016). Can a healthy lifestyle compress the disabled period in older adults? *Journal of the American Geriatrics Society,* 64(10), 1952-1961.

Juster, R.-P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.

Kojima, G., Avgerinou, C., Iliffe, S., & Walters, K. (2018). Adherence to Mediterranean diet reduces incident frailty risk: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society,* 66(4), 783-788.
Ladabaum, U., Mannalithara, A., Myer, P. A., & Singh, G. (2014). Obesity, abdominal obesity, physical activity, and caloric intake in US adults: 1988 to 2010. *The American Journal of Medicine,* 127(8), 717-727. e712.

Lianov, L., & Johnson, M. (2010). Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA,* 304(2), 202-203.

Liao, W. C., Li, C. R., Lin, Y. C., Wang, C. C., Chen, Y. J., Yen, C. H., . . . Lee, M. C. (2011). Healthy behaviors and onset of functional disability in older adults: results of a national longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society,* 59(2), 200-206.

Liu, J.-K. (2022). Antiaging agents: Safe interventions to slow aging and healthy life span extension. *Natural Products and Bioprospecting,* 12(1), 18.

López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell,* 153(6), 1194-1217.

Meisner, B. A., Dogra, S., Logan, A. J., Baker, J., & Weir, P. L. (2010). Do or decline? Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *Journal of Health Psychology,* 15(5), 688-696.

Murray, C. J., Abraham, J., Ali, M. K., Alvarado, M., Atkinson, C., Baddour, L. M., . . . Birbeck, G. (2013). The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*, 310(6), 591-606.

Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Madsen, I. E., Sabia, S., Alfredsson, L., ... & Kivimäki, M. (2020). Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. *JAMA İnternal Medicine,* 180(5), 760-768.

Okabe, T., Abe, Y., Tomita, Y., Mizukami, S., Kanagae, M., Arima, K., ... & Aoyagi, K. (2017). Age-specific risk factors for incident disability in activities of daily living among middle-aged and elderly community-dwelling Japanese women during an 8–9-year follow up: T*he Hizen-Oshima study. Geriatrics & Gerontology International,* 17(7), 1096-1101.

Ornish, D., Brown, S. E., Billings, J., Scherwitz, L., Armstrong, W. T., Ports, T. A., . . . Brand, R. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?: The Lifestyle Heart Trial. *Lancet,* 336(8708), 129-133.
Rattan, S. I. (2013). Healthy ageing, but what is health? *Biogerontology,* 14(6), 673-677.

Rom, O., Kaisari, S., Aizenbud, D., & Reznick, A. Z. (2012). Lifestyle and sarcopenia—etiology, prevention, and treatment. *Rambam Maimonides Medical Journal, 3(4).*

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The gerontologist, 37(4), 433-440.

Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Schupf, N., Brickman, A. M., Cosentino, S., Tang, M. X., & Stern, Y. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA*, 302(6), 627-637.

Schroeder, S. A. (2007). We can do better—improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine,* 357(12), 1221-1228.

Scott, D., Blizzard, L., Fell, J., & Jones, G. (2011). The epidemiology of sarcopenia in community living older adults: what role does lifestyle play? *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 2, 125-134.*

Sen, A. (1993). Capability and well-being73. *The Quality of Life,* 30, 270-293.

World Health Organization. (2019). *Dementia: Key facts.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health:* World Health Organization.

Troost, J. P., Rafferty, A. P., Luo, Z., & Reeves, M. J. (2012). Temporal and regional trends in the prevalence of healthy lifestyle characteristics: United States, 1994–2007. *American Journal of Public Health,* 102(7), 1392-1398.

ARAŞTIRMA

BİR EDEBİYAT ESERİNİ GERONTOLOJİK BAKIŞ AÇISIYLA DEĞERLENDİRMEK: ALPHONSE DAUDET'İN 'CORNILLE USTA'NIN ESRARI' HİKÂYESİ



İkuko MURAKAMİ *

Özet: 'Cornille Usta'nın Esrarı' adlı hikâyede, modernleşme sürecinde kendi işini kaybeden yaşlı ustayla köy sakinleri arasında yaşanan bir olay anlatılmaktadır. İşsiz olan yaşlı ustanın işini sağlayan ve hem maddi hem de manevi anlamda aktif yaşlanmasını destekleyen şeyin, o toplumdaki insan ilişkisi, başka bir deyişle sosyal sermaye olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Aktif yaşlanma, sosyal sermaye, modernleşme

Abstract: *In the story 'The Mystery of Cornille Usta', the story is about an incident between the old master who lost his job in the process of modernization and the inhabitants of the village. It seems that what provides the job for the unemployed old master and supports the active aging of him in both materially and mentally is the human relationship in that society, in other words, social capital.*

Keywords: *Active ageing, social capital, modernisetion*

GİRİŞ

'Cornille Usta'nın Esrarı' adlı hikâye, Fransız yazar Alphonse Daudet tarafından yazılmıştır ve 1869 yılında yayınlanan 'Değirmenimden Mektuplar' adlı derleme kitabı içinde bulunur. Bu derleme kitabı, aslında Le Figaro veya L'Evénement gibi dergi ve gazetelerde yayınlanan kısa hikâyeleri bir araya getirmektedir. Kitap 30 bölümden meydana gelmekte olup, 4.bölümdeki 'Cornille Usta'nın Esrarı' adlı hikâye, 19. Yüzyılda Fransa'nın güneyinde bulunan, Provence Bölgesi'ndeki bir kırsal kesimde geçmektedir. Hikâye, kısaca şu şekilde özetlenebilir:

Cornille Usta, hayatı boyunca yel değirmeni ile buğday unu üretip geçimini sağlayan, çalışkan bir adamdır. Kaç yaşında olduğu hikâye içinde tam olarak belirtilmese de, hikâyede uzun yıllardır yel değirmeni ile çalışmaktan gurur duyan ve kendi işini seven yaşlı bir adam olarak tasvir edilmektedir. Ancak buhar makinesinin icat edilmesiyle, köylülerin yeni icat edilen bu makineye meraklı olmaları nedeniyle, ürettikleri buğdayları fabrikaya götürmeye başlamaları, Cornille Usta'nın işlerini aksatmış ve nihayetinde kimse ona buğday getirmemeye başlamıştır. Söz konusu köylüler, fabrika tercihleri nedeniyle artık yel değirmenine ihtiyaç duymamıştır. Bu durum neticesinde Usta, buhar makinesinin "şeytan" olduğunu söylemiş ve şikâyetlerini paylaşmış, ancak kimse ona kulak vermeyince, köy sakinlerinden uzak durmaya başlamıştır. Zamanla Usta hiçkimseyle ilgi-

* Dr. Öğretim Görevlisi Akdeniz Ün. Sağlık Bilimleri Fak. Gerontoloji Bölümü, e-mail: mikuko1025@yahoo.co.jp, ORCID ID: 0000 0003 28 36 7173

lenmemeye başlamış, hatta kendi torununu da kendinden uzaklaştırmıştır. Neticede Usta yalnız ve işsiz kalmıştır. Tüm bunlara rağmen, bu süreçte onun yel değirmeni hiç müşterisi olmasa da, durmadan çalışırmış ve hâlâ akşam olduğunda, un çuvallarını yüklediği eşeğiyle birlikte yürüdüğünü görenler olurmuş. Köylüler, Ustanın müşterisi olmadığını bildiklerinden, bu durumu merak etmişler ve sonunda bir gün onun esrarı ortaya çıkmış: Aslında buğday ile dolu gibi gösterilen çuvallar içinde buğdayın bulunmadığını, kireç ve toprak ile dolu olduğunu tüm köy halkı öğrenmiş. Durumun ortaya çıkışına Cornille Usta çok üzülmüş ve bunu gören köylüler onu yalnız bırakmamışlar, buğdaylarını tekrar ona götürmeye başlamışlar. Bu olaydan sonra Ustanın ölümüne kadar, yel değirmeni hep çalışmış olsa da, Usta vefat ettikten sonra değirmen tekrar durmuş ve bir daha asla çalıştırılmamıştır.

Hikâyenin sahnesi ve zamanı tam olarak modernleşme sürecindeki bir köyde geçmektedir. Öyle ki, o tarihte kırsal kesim bile buhar makinesinin etkisi altındadır. İnsanlar, yeni şeylere merak ettiklerinden, buğday unu üretiminde de daha kullanışlı görülen ve hızlıca üretim yapan makineyi önemsemeyi seçmişlerdir. Sonuçta bu makine, eskiden beri ihtiyaç duyulan şeylerin, artık gereksiz hale dönüşmesine yol açmıştır. Ancak Cornille Usta yeni döneme uyum sağlayamamış insanlardan biridir. Hikâyede yel değirmenin Usta için sadece geçim kaynağı değil, aynı zamanda onun yaşam memnuniyetini sağlayan, onunla çalışan, sanki bir hayat arkadaşı gibi görüldüğü anlaşılır.

Gerontolojik Bakış Açısıyla Değerlendirme

Bu hikâye, Sosyal Gerontolojide sık sık rastlanan şu teoriler ile yorumlanabilir:

1. Aktivite Teorisi (R.J. Havighurst, B.L. Neugarten ve S.S. Tobin, 1961) (Özer, 2019; 49 – 50)

2. Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi (E. Cumming ve W.E. Henry, 1961) (Özer, 2019; 48 – 49)

3. Süreklilik Teorisi (R. Atchley, 1989) (Özer, 2019; 50 – 51)

4. Rol Bırakma Teorisi (Z.S. Blau, 1972) (Özer, 2019; 51 – 52)

5. Sosyal Sermaye Teorisi (J, Coleman, 1988; R. Putnam, 2000) (Claridge, 2018; 8 – 9)

6. Modernleşme Teorisi (D.O. Cowgill & L.D. Holmes, 1972) (Özer, 2019; 52 – 53)

Bu eseri içeren derleme kitabının ilk baskısı, 1869 yılında Fransa'da yayımlanmıştır. Bu tarihlerde Fransa'da sanayileşmeyle birlikte, istihdam konusunda nelerin ortaya çıktığına bakılacak olursa; sanayi devrimi ile birlikte kentlerde çalışan işçilerin sayısının arttığı, kentsel yaşamda ailenin destekleyici işlevinin zayıfladığı görülmüştür. Ekonomi açısından işçilerin yoksulluk sorunu ciddi hale geldikçe, toplumsal örgütlenmede kooperatiflerin kurulması ve düzenlenmesi teşvik edilmiştir.

Bu durum üzerine dönüm noktası olarak 1850 yılında, karşılıklı yardımlaşma derneklerinin resmileştirilmesi, ulusal emeklilik fonunun kurulması, memurlar için emeklilik sistemi ve sanayi tarafından meslek alanlarının oluşturulmasına değinilmiş ve bunları mevcut emeklilik sistemi izlemiştir (Hamada, 1994, s.39). Bunu izleyen dönemde Fransa'da, sosyal güvenlik sisteminin temeli de 1881'de Bismark tarafından atılmıştır. Bu sistem, Fransa, Almanya ve Türkiye'de geçerli olan bir sistemdir, sistemin finansmanı yararlananların ödedikleri sigorta primleriyle karşılanmıştır ve prim ödeyenler ivaz hakkı kazanmıştır (Zeynep, 2017, s.606). Ancak yazarın bu eseri yazdığı zaman diliminde, emeklilik sistemi henüz yeterince oturmamış olabilir, daha doğrusu köyde yaşayan yaşlı bir adam emeklilik primini ödememiş olabilir. Bu nedenle büyük ihtimal, Ustanın emekli maaşı sağlanmamış olabilir, bu durumda Ustanın geçinmek için para kazanması gerekir. Kırsal kesimde tarım/ ormancılık gibi işlerle uğraşan veya Usta gibi kendi tecrübesi ve becerisi ile geçimini sağlayanlar, hayat boyunca çalışmak zorunda kalıyordu.

Cornille Usta da geçimini sağlamak için işinden ve toplumdan geri çekilemez, hayat boyunca **yaşamdan geri çekilmemek** zorundaydı, Bu noktada Cornille Usta, **aktivite teorisi'nde** savunulduğu gibi, aktif şekilde yaşlanan ve yaşlansa da hayatında sosyo-kültürel birikimlerinin **sürekliliğini** sağlamaya çalışan biri olduğu görülmektedir. Ancak Usta, buhar makinesinin kullanımıyla birlikte, sosyal güvenlik sisteminden emekli olmadan, toplumdan emekli olmak zorunda kalmıştır. Dolayısıyla onu işinden eden yeni makineye karşı daha negatif şekilde yaklaşmıştır. Yine de Ustanın yel değirmeni ile çalışmaktan vazgeçememesinin sebebi, geçimini sağlamak için çalışmak zorunda olmasının yanı sıra, daha çok onun değirmene duyduğu sevgi ve onur duygusundan kaynaklanıyor gibidir. Köyde buğday unu üretimi çok önemlidir ve Usta, yüzyıllarca doğa içinde rüzgâr ile köylülerin yaşamını sağlayan bir yel değirmeninin, yeni demir makineden daha faydalı ve kullanışlı olduğunu düşünüyor olabilir.

Modernleşme teorisinin görüşleri, hikâye içerisinde açıkça görülmektedir. Cornille Usta, köy sakinlerinden uzaklaşmadan önce her Pazar günü kiliseye giden ve her zaman kilisenin orta yerinde oturan, inançlı bir insandır ve köy halkı tarafından da önemsenen insanlardan biridir. Muhafazakâr ve inatçı bir yaşlı olsa da, köylüler ona saygı duymaktadır. Bir anlamda Usta, üretken ve başarılı bir hayatı sürdüren biriyken, işsizlikten yoksullaştıkça, kendine güveni azalmış ve toplumsal-mekânsal konumundan da uzaklaşmış, artık kilisenin tenha bir köşesinde oturmaya başlamıştır. Usta, başarılı bir yaşam tecrübesine sahip olsa da, teknolojinin gelişmesiyle yeni icatlara karşı uyanık olamamış ve değişen yaşam koşullarına ayak uyduramamıştır. Aniden kendi rolünü (kendi işinin yanı sıra, köydeki toplumsal konumunu) kaybetmesi, sanki emekli olunca eski rollerini bırakan bir emekli adam gibidir, hatta bir emekli olarak yeni ortama uyum sağlamaya çalışmak yerine kendi içine kapanmış, yaşadığı ortamdan ve sosyal çevresinden de uzaklaşmıştır.

Köylüler yel değirmeninin durmadan çalışmasının gerekçesini öğrendiğinde, acımasız şekilde alay etmek, onu ihmal etmek veya onu dışlamak yerine, onun bu davranışından etkilenerek, Cornille Ustayı yalnız bırakmamış ve onun işinin sürekliliğini sağlamaya çalışmışlardır. Ustanın bulunduğu toplumda modernleşmeyle, yaşlı insan konumunun değişmesi ve değerinin kaybolmasının yanı sıra, toplum üyelerinin birbirleriyle yardımlaşmaktan çekinmediği görülmektedir.

Bu durum, köy sakinleri arasında günümüzde sosyal sermaye olarak değerlendirilen, zengin ve güvenilir insan ilişkisinin var olduğu görülmektedir. Bir Japon atasözünde 'Samuraylar yoksul olup aç kalsalar da, sanki yeterince yiyip tok olmuş gibi kürdanı kullanırlar' diye söylenir. Bu noktada köylüler Cornille Ustanın davranışını bir Samuray gibi görmüş olabilirler. Onlar, gerçeği öğrendiğinde, Ustaya acımış da olabilirler, yine de köylülerin buğdayı tekrar Ustaya götürüp, onu meşgul etmeye çalışmaları, Ustanın yaşam mücadelesine olan saygı ve önemi ve aynı zamanda yaşam boyunca kazanılan arkadaşlık ve dostluklarını yansıtmaktadır.

Gelenekleri geride bırakan ve kullanışlı olsa bile, henüz yan etkisinin belirsiz olduğu yeni şeyleri önemseyen köylüler, kendilerinden utanmış olabilirler. Burada değinilen yan etki, çevre kirliliği veya sanayi yapısının değişmesi vb. durumlar, henüz söz konusu olmasa da, örneğin yeni bir makinenin ortaya çıkması ile bazı iş kollarının kaybolması ve işsizliğin ortaya çıkmasıdır. Buna ek olarak Usta gibi işsiz kalan kişiler, yeni bir iş bulmak için kente göç edebilir. O zamanlar köyler zaten kentlere gıda sağlayan üretim merkezleriydi, ancak modernleşme ve sanayileşmeyle birlikte, köyler artık kentlere göç veren birimler haline dönüşmüş, yani toplumsal yapı da bir anlamda dönüşmeye başlamıştır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda Cornille Usta, köylüler tarafından sanki modernleşmeye/sanayileşmeye karşı ayakta durmaya, onunla başa çıkmaya çalışan ve ona direnç gösteren bir kahraman gibi, görülmüş olabilir.

Köylülerin her gün buğdayı Ustanın yel değirmenine götürmeleri, Usta vefat edinceye kadar sürmüştür, ancak onun ölmesiyle

değirmen tekrar durmuş ve sonra bir defa bile hareket etmemiştir. Yazar, bu söz ile hikâyeyi bitiriyor: "Bu dünyada her şeyin bir sonu var….. Yel değirmenleri de artık tarihte kalmış olmalı!....." Bu felsefi söz ile, Japonya'da Samuray döneminin başlangıcında, aristokratların hâkim oldukları dönemin bit mesi üzerine yazılan bir roman ile bağlantı kurulabilir. '‘平家物語 Heike Monogatari (Taira Soylu Hikâyeleri)' adlı bu roman içinde '‘諸行無常 shogyou mujou (her şey geçer, tüm dünyevi şeyler geçicidir)' sözü bulunur. Bu eski Japon romanının konusu, iktidarda kalmak isteyenler arasında sergilenen mücadeleden konu alınmıştır. 'Cornille Ustanın Esrarı' hikâyesinde de, bu evrensel değer yargısına değinilmiş olması ilginçtir.

Sonuç:

Cornille Ustanın hikâyesinde **Modernleşme** sürecinde eski gelenek göreneklerin azalacağı, kaybolacağı ve unutulacağı, yazar tarafından ima edilmiştir. Yazar, modernleşme devam ettikçe ustalık tecrübesinin önemsenmemesi, bulunduğu toplumda yaşlı insanın konumunun değişmesi, hatta toplumda yaşayanlar arasındaki ilişkilerin zayıflamasını da öngörüyor olabilir. Bu yüzden yazar, bu duruma karşı direnen birey olarak, güçlü kişiliğe sahip olan bir yaşlı ustayı yaratmış olabilir. O zaman ustanın varlığına karşı onu dışlamayan ve yalnız bırakmayan köylülerin davranışlarının önemli olduğu anlamını taşıdığı değerlendirilmektedir. Gerontolojik bakış açısıyla değerlendirilecek olursa; **aktif yaşlanma**'yı sağlayan bir faktör olarak **sosyal sermaye**'nin önemli olduğu görülmektedir. Hangi toplum ve hangi zaman diliminde olursa olsun, zaman geçse ve dönem değişse de, insan olarak değişmemesi ve kaybetmemesi gereken şeyin ne olduğu yazar tarafından bir umut ile birlikte gösterilmektedir.

KAYNAKÇA:

Alphonse DAUDER, Değirmenimden Mektuplar (Türkçe çevirisi), ilgili web sayfası:

https://egitim.yakupcetin.com/2011/12/degirmenimden-mektuplar-alfonse-daudet.html?m=0 , ilk tarama 27.08.2021 tarihinde.

https://esgici.files.wordpress.com/2010/08/alphonse-daudet-degirmenimden-mektuplar.pdf , ilk tarama 27.08.2021 tarihinde.

Claridge, T. (2018). Introduction to Social Capotal Theory, SOCAP 101 Course Notes. https://www.socialcapitalresearch.com/wp-content/uploads/edd/2018/08/Introduction-to-Social-Capital-Theory.pdf

Hamada, M. (1994). Fransız Sosyal Güvenlik Sisteminin Mekanizması ve Mevcut Durumu, *Nissei Kiso Kenkyuusho Araştırma Aylık Raporu 5, s.38 – 49.*

Özmen, Z. (2017). Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7 (2), s.600 – 621.

Özer, Z. (2019). Yaşlanma teorilerine giriş. *Yaşlanma teorileri ve geriatrik değerlendirme: yaşlı bakımı,* s.41 – 59. https://hdl.handle.net/20.500.12436/4042





PROJE ÖZETİ

YAŞLILIK VE YERİNDE BAKIM: BİR PROJE ÖRNEĞİ



Filiz ÖZKAN*

Nurcan UZDİL**

Bu yazı İtalya'nın ev sahipliği yaptığı Yaşlılık ve Yerinde Bakım[1] konulu proje çalışması sonucunda ortaya çıkan genel bulguları içermektedir. Proje çalışmasına farklı ülkelerden farklı eğitimciler, araştırmacılar ve uzmanların katılımı ile Yaşlılık ve Yerinde Bakım konusu irdelenmiştir.

Genelde dünyada, özelde yaşlanan Avrupa nüfusu ile karşı karşıyayız. Türkiye ve buna benzer ülkelerin genç nüfusa sahip olması yaşlılık sorunu ile karşı karşıya olmadığımız anlamını taşımaz. Hızlı bir şekilde globalleşen dünyamızda değişen aile yapısı ve gittikçe bireyselleşsen yaşam biçimleri genç nüfusa sahip olan ülkelerde de yaşlılık ve bakım konusunu gündeme getirmektedir.

Konuşmacıların konu başlıkları; katıldıkları ülkeler hakkında (şu anki ve gelecekteki) yaşlı nüfus oranları, ülkelerdeki yaşlı sağlığı politikaları, uygulama örnekleri, yerinde bakım ve aktif yaşlanma gibi konuları içermektedir.

Ülkelerdeki yaşlı nüfus oranları

İngiltere'de 2021 yılında 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusunun %19 olduğu tespit edilmiştir. 2031 yılında bu nüfusun %22'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. 2023 yılında Hollanda'da 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %20,2 olduğu belirlenmiştir. 2040 yılında bu nüfusun %40 olacağı düşünülmektedir. Türkiye'de ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2022 yılında %9,9'dur. 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Bu tahminler, gelecekte Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte birinin yaşlı nüfustan oluşacağını, aynı zamanda Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerin nüfus yapısına ulaşabileceğini ve benzer demografik sorunları yaşayabileceğini göstermektedir. Avrupa içerisinde yaşlı nüfusa sahip olan Hollanda, İngiltere ve İtalya'nın yaşlılık konusundaki birikimleri, şu an genç nüfusa sahip olsa da gelecekte yaşlı nüfusa sahip olacak Türkiye için geleceğe yansıtılmış bir ayna görevini görecektir. Benzer sorunların görülebilecek olması sebebiyle

* Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.

** Dr.Öğr.Ü., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.

[1] Erasmus plus proje kapsamındaki eğitim çalışması 11- 20 Kasım 2023 tarihleri arasında İtalya'da yapıldı. Türkiye Cumhuriyeti Dış İşleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı Türkiye Ulusal Ajansı ile işbirliği içerisinde Avrupa Birliği ERASMUS+ Programı "Developing Transnational Cooperation on the On-Site Care (OSC)" Projesi.

yapılan proje çalışmasının özellikle Türkiye için bir öngörü niteliğinde olduğu söylenilebilir.

Ülkelerin yaşlı sağlığı politikaları

Hollanda sosyal güvenlik sistemi, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalardan oluşmakta, sosyal sigortalar da kendi içinde ulusal (halk) sigorta ve çalışan sigortası olarak ikiye ayrılmaktadır. Sosyal hizmetler doğrudan devlet tarafından (toplanan vergiler yoluyla) finanse edilmekle birlikte, sosyal sigortalar için ilgili kişilerin prim ödemesi gerekmektedir. Ödenen bu primler gelire göre belirlenmektedir. Sağlık bakım hizmetleri ise 4 temel yasal metin çerçevesinde yürütülmektedir. Bunlar: Sağlık Sigortası Yasası (Zorgverzekeringen), Uzun Dönemli Bakım Yasası (Wet langdurige zorg), Sosyal Destek Yasası (Wet maatschappelijke ondersteuning) ve Gençlik Yasası (Jeugdwet)'dır. Sağlık Sigortası Yasası (hastane bakımı vb.) ile Uzun Dönemli Bakım Yasası (diğer sağlık bakım hizmetleri) Hollanda'da sağlık bakımı için ayrılan kaynakların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Diğer iki yasanın uygulama sorumluluğu ise belediyelere ait olarak yürütülmektedir.

İngiltere'de sağlık sistemi Beveridge temelli sağlık modeline dayanmakla birlikte tüm ülkelerde olduğu gibi karma bir model kullanılmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS-National Health Service) tüm devletin sağlık hizmetlerini karşılamaktadır. Finansmanı ise vergiler ve ödenen sigorta primleridir. İngiltere'de yaklaşık 3500 kişiden sorumlu olan pratisyen hekimler bulunmakta ve sevk zinciri pratisyen hekimler tarafından başlatılabilmektedir.

Türkiye sağlık sistemi ağırlıklı olarak Bismarck Modeli'ne dayansa da çoğu ülkede olduğu gibi özel sektörün de içinde olduğu karma bir model kullanılmaktadır. Türkiye'de yaşlılar için kullanılan bir genel bakım modeli bulunmamakla birlikte herkesi kapsayan genel sağlık sisteminin yanı sıra yaşlı bakımına yönelik hizmetler verilmektedir. Bu hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri de kendi içinde üç basamak (primer, sekonder, tersiyer) olarak ele alınmaktadır. Yapılan proje çalışması sonucunda yaşlılar için sunulan hizmetlerin birinci basamak bölümünün İngiltere ile benzer olduğu görülürken; Türkiye'de sevk zincirinin işlemiyor olması, aile hekimlerindeki hasta sayısının fazla olması, ekip anlayışının olmaması, yaşlılar için düzenli ev ziyaretlerinin olmaması gibi nedenlerle İngiltere kadar düzenli bir sistemin olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca Türkiye'nin Hollanda'yı özellikle yaşlı bakımında uygulanan politikalar boyutu ile takip etmesinin ve Hollanda'nın deneyimlerini kullanılmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

Uygulama örnekleri

Hollanda ve İngiltere'de yaşlıların bakımında; yerinde bakım uygulaması, yaşlılara uyarlanmış evler, yaşam ve bakım evleri, huzurevleri ile hizmet verilmektedir. Bu ülkelerde birey ve aile merkezli bakım verilmesinin yanı sıra bireye özgü bakım daha fazla önemsenmektedir. Ayrıca Türkiye'den farklı olarak Hollanda ve İngiltere'de gönüllülük çalışmaları da yürütülmektedir.

Türkiye'de kurumsal bakımda devlete ait ve özel olmak üzere huzurevleri ve evde bakım merkezleri yaşlılara hizmet vermektedir. Yaşlı bireyler için kurumsal bakım hizmetleri; huzurevleri, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı dayanışma merkezleri tarafından yürütülmektedir. Evde bakım hizmetleri; sağlık hizmeti olarak Sağlık Bakanlığı, evde yardım hizmeti olarak Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, evde bakıma destek hizmetleri olarak ise belediyeler tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetler farklı kurumlar tarafından sunulmasına rağmen uygulama sürecinde benzerlikler görülmektedir. Yaşlı bakımında aile tabanlı bir bakım olmasına rağmen değişen nüfus yapısı ile birlikte farklı bakım çözümleri de değerlendirilmelidir.

Türkiye ve İtalya'da yapılan kurum ziyaretleri sonucunda özellikle Türkiye'de kurum bazlı bakımın ön planda olduğu, İtalya'da benzer kurum bazlı uygulamaların yer aldığı görülmüştür. Kurum bazlı uygulamalar, Ho-

landa'nın yaşlı bakımında uyguladığı; yerinde bakım uygulaması, yaşlılara uyarlanmış evler gibi uygulamaların oldukça gerisinde olmasının yanı sıra bireyin 'kendine özgü bireye özgü' isteklerine de yanıt oluşturmamaktadır. Bu nedenle kurum bazlı bakım yerine sağlıklı ve aktif yaşlanma kavramları, yerinde bakım ve alternatif çözümler neler olmalıdır tartışılmıştır.

Yaşlılık ve Yerinde Bakım nedir?

Yerinde yaşlanma terimi gerontoloji de farlı şekilllerde tanımlanabilmektedir. '... belli bir düzeyde bağımsızlıkla toplum içinde evde yaşamaya devam etmek' olarak kısa tanımının yanı sıra (Davey vd., 2004) 'kurum bakımı yerine, yaşlı bireyin mümkün olduğu kadar uzun süre kendi evinde ve toplum içinde bağımsız, aktif ve sosyal olarak yaşamını sürdürmesidir' şeklinde de tanımlanmaktadır (Kalınkara & Kapıkıran, 2017).

Yer teriminin birbiriyle ilişkili birkaç boyutu vardır: ev veya mahalle gibi görülebilen ve dokunulabilen fiziksel bir boyut, insanlarla ilişkileri ve bireylerin diğerlerine bağlı kalma yollarını içeren sosyal bir boyut, aidiyet ve bağlılık duygusuyla ilgili duygusal ve psikolojik bir boyut ve yaşlı insanların değerleri, inançları, etnik kökenleri ve sembolik anlamlarıyla ilgili kültürel bir boyut. Dolayısıyla ev sadece fiziksel bir ikâmet ortamı değildir, aynı zamanda yaşlı kişinin kronik olarak hasta veya engelli olduğunda bile sosyal kimliğinin korunabileceği yaşam tarihi anlamlarını korumasını sağlar. Bu açıdan bakıldığında ev, benliğin bir uzantısını, bireyselleşmeyi yansıtır, benliğin bütünlüğünün korunmasını sağlar ve bir kişilik duygusunu teşvik eder (Lecovich, 2014).

Yerinde yaşlanmanın amacı yaşlıların kendi evinde veya ilk ikâmet alanında yaşamlarını bağımsız ve güven içinde sürdürebilmelerini sağlamaktır (Fiessel vd., 2013). Yaşlının bir kuruma taşınması durumunda bağımsızlığın azalması, mekân üzerindeki kontrolün kaybedilmesi, sosyal ilişkilerde azalma ve yaşamına anlam kazandıran kişisel eşyaları geride bırakma, günlük rutin yaşam ve yaşam biçiminde değişiklik anlamına gelir. Bu süreçte yaşlılar duygusal stres, depresyon, yalnızlık, uyum güçlüğü, fonksiyonel bozulma ve refahta azalma ile karşı karşıya kalabilir (Lecovich, 2014). Kendi evinde yaşayan bireylerde bağımsızlık için gereken denetim, onur ve saygı düzeyi daha yüksektir (Tenenbaum, 1997). Bireyin yerinde yaşlanması, içinde yaşanan toplumda, arkadaşlar, aile üyeleri ve komşular arasında bağımsız bir şekilde yaşamayı cesaretlendirmekte, kendi kendine yeterliliği desteklemekte, profesyonel destek ihtiyacını azaltmakta ve sosyal izolasyonu engellemektedir. Arkadaşlığın sürdürülmesi, tanıdık alışveriş yeri, tanıdık eğlence yeri ve tanıdık toplum yaşam kalitesinin yükselmesini, kişisel kontrol ve saygınlığı desteklemektedir (Kalınkara & Arpacı, 2016). Bu nedenle yerinde yaşlanma yaşlının sadece evinde kalmasını değil, toplumla bütünleşmesini ve aktif yaşlanmasını da içermektedir. Bu nedenle yerinde yaşlanma uygulaması kurumsal bakım hizmetine nazaran maliyet açısından daha verimli ve yaşlının sağlığı içinde daha olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Yapılan çalışmalar bunu desteklemektedir (Fiessel vd., 2013; Kütmeç Yılmaz 2020; Pani vd., 2021). Ayrıca yaşlının bağımsızlığı arttıkça aile üyelerinin ve bakımı üstlenen bireylerin bağımsızlığı da artmaktadır. Bu da aile yapısındaki değişimler düşünüldüğünde bakım verenin yükünü azaltıcı bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır.

Proje çalışmasında yaşlılarla ilgili çarpıcı sonuçlardan bir diğeri de ülkeler arasındaki kültürel ve aile yapısı farklılıklarıdır. Türkiye'de yerinde bakım uygulaması örneği bulunmazken, yaşlının ailesinin yaşlıya destek olduğu bir uygulama örneği görebiliriz. Diğer ülkelerde ise ben merkeziyetçi bir yapının olduğu ve bu durumun da insanları yalnızlığa daha fazla sürüklediği söylenebilir. Bu nedenle belki de Türkiye bu pozitif yanını geliştirerek yaşlılık sorunlarına yeni bir bakış açısı ve bir model oluşturabilecekken diğer ülkeler içinde bir örnek teşkil edebilir.

Hollanda tarafından Türkiye'de yapılandırılan 'Bahadın Modeli' yerinde bakım uygulamaları Türkiye için örnek oluşturacak bir uygulama olarak proje çalışmasının özellikle odağında tartışılmıştır.

Aktif yaşlanma ve yerinde yaşlanma

Proje çalışmasının önemli konularından biri de aktif yaşlanma olmuştur. Aktif yaşlanma, "insanların yaşlandıkça hayat kalitelerini iyileştirmek amacıyla bu kişilere yönelik sağlık, katılım ve güvenlik konusundaki fırsatların yükseltilme süreci" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Yaklaşım, yaşlı bireylerin topluma ve politik yaşama dahil olurken sağlıklı kalmalarına (sağlık ve sosyal giderlerin düşürülmesi) ve istihdam edilebilirliklerinin artırılmasına (emeklilik giderlerinin düşürülmesi) yönelik haklarına ulaşmalarına yardımcı olmaya yöneliktir (Foster & Walker, 2015). Bu bağlamda yaşlıların sağlıklarını, katılımlarını ve güvencelerini iyileştirmeye yönelik olarak hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve sivil toplumun "aktif yaşlanma" politika ve programları yaşama geçirildiğinde, yaşlıların yaşamlarını daha iyi sürdürebilecekleri öngörülmektedir (WHO, 2002).

Yaşlı nüfusu Türkiye' ye göre daha fazla olan Hollanda ve İngiltere'de aktif yaşlanma uygulamaları oldukça geniş kapsamlı şekilde ele alınmaktadır. Türkiye'de ise 'Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025' planlamalar için önemli olduğu görülmüştür. Proje çalışması sonucunda Hollanda ve İngiltere'nin deneyimlerinden yararlanılarak Türkiye'nin eylem planları konusunda şekillendirmeler ve yeni perspektifler geliştirebileceği düşünülmektedir.

Proje çıktıları

Hollanda ve Almanya ile ortak çalışmalar sonucu geliştirilen yerinde bakım ve kültürel duyarlılığın birleştirildiği 'Bahadın Modeli' ilk kez Türkiye'de kullanılmaktadır. Yaşlıyı bakımın merkezine koyan, kişi ve mutluluk odaklı bakım modellerini uygulayan, yaşlıların mutlu, saygın ve bağımsız bir yaşam sürmelerini sağlayan kültürel duyarlılık temelli bir modeldir. Bu modelin başka bir ülkede örneği bulunmamaktadır. Bu nedenle bu model proje açısından önemli bir örnek olarak proje çıktılarına yansımıştır. Toplantı sonucunda bu model aracılığı ile ele alınan başlıklar aşağıda verilmiştir.

1. Yalnızlık, aktif yaşlanma
2. Yasalar ve pratikte yapılanlar
3. Yaşlı nüfusun artması
4. Kapsayıcılık
5. Araştırmalar
6. Haklar

KAYNAKÇA:

Akman, E., Tarım, M. (2020). Türkiye Ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi; 6(2):303.-316.

Fiessel, W., Kulyk, M.R., Peel, B., Pfeifer, S., Robert, J-A. & Statler, K. (2013). Aging in Place: A Saskatchewan Perspective. Sıhl Group Project.

Foster, L. And Walker, A. (2015). Active And Successful Aging: A European Policy Perspective., Gerontologist. 2015, 55(1), 83-90. Doi: 10.1093/Geront/Gnu028.

Kalınkara V, Kapıkıran Ş. (2017). Yerinde Yaşlanma Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Elderly Issues Research Journal, 10(2), 54-66.

Kalınkara, V. & Arpacı, F. (2016). Yerinde Yaşlanma. Yaşlılık: Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler-2. Ed: V. Kalınkara. Ankara: Nobel Yayıncılık. (S.399-422).

Kütmeç Yılmaz C. (2020). Yaşlı Bireylerde Yerinde Yaşlanma İle Başarılı Yaşlanma ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Ve Toplum, 20(3).

Lecovich E. (2014). Aging İn Place: From Theory To Practice. Anthropological Notebooks 20 (1): 21–33.

Pani-Harreman K.E. , Bours G.J.J.W., Zander I, Gertrudis Kempen I.J.M., Duren J.M.A. (2021). Definitions, Key Themes And Aspects Of 'Ageing İn Place': A Scoping Review. Ageing & Society, 41, 2026–2059. Doi:10.1017/S0144686x20000094.

Tenenbaum, L. (2010). Aging İn Place 2.0: Rethinking Solutions To The Home Care Challenge. New York: Mature Market Institute.

Https://Www.Csgb.Gov.Tr/Digm/Contents/Sosyalguvenlikulkekunyeleri/Hollanda, 06.11.2023.

Https://Www.Csgb.Gov.Tr/Digm/Contents/Sosyalguvenlikulkekunyeleri/İngiltere,06.11.2023.

WHO (2002). Active Ageing: A Policy Frame-Work (Report No. Who/Nmh/Nph/02.8). Geneva, Switzerland: Author.

ARAŞTIRMA

ERKEN DEMANS HASTASI KİŞİLER İÇİN ÖZ YÖNETİM VE ANLAMLI FAALİYETLER İÇİN DİJİTAL DESTEK

Kişi Odaklı Bir Tablet Programının Geliştirilmesi, Uygulanması ve Fizibilitesi



Yvonne KERKHOF *
Çeviri: Zafer AYDOĞDU

Abstract: *The thesis reports on the research that was conducted to develop and pilot test a person-centred touchscreen-based program (FindMyApps intervention) that supports people with mild dementia and their informal carers in how to use a tablet and apps for self-management and meaningful activities. The program consists of the FindMyApps training for informal carers in supporting people with mild dementia in using a tablet and the FindMyApps selection tool designed to help people with mild dementia find apps for self-management and meaningful activities that fit their needs, wishes and abilities.*

Method

The program was developed following the Medical Research Council (MRC) Framework for the design and evaluation of complex interventions and in co-creation with end users. The chapters of the thesis describe the first three phases of this framework: the preclinical or theoretical phase (0); the modelling phase (I) and the exploratory trial (II).
Findings

Based on the findings of the exploratory trial, the FindMyApps tool was mostly perceived as useful and easy to use. Persons with dementia and informal carers were positive about the training and support they received. No significant differences were found on outcome measures of persons with dementia, but based on effect sizes FindMyApps is a promising intervention.

Discussion

Future studies with a larger sample should better indicate whether this expectation can be confirmed. The intervention will be further improved and tested in a larger pilot-RCT study and its effectiveness subsequently evaluated in a definite RCT.

Conclusion

Based on the qualitative results and the effect sizes on the outcomes measured, FindMyApps intervention has the potential to positively influence the self-management and engagement in meaningful activities in people with dementia.

Keywords: *Dementia; self-management; leisure activities; social participation; tablet Computers; MRC framework.*

---

* Dr. Yvonne KERKHOF Doktora tezinin özeti, Saxion University of Applied Sciences, Hollanda. Yvonne Kerkhof, Hemşirelik programında kıdemli öğretim görevlisi olarak ve Saxion'da Akıllı Sağlık dershanesinde (yaşam ortamında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teması) araştırmacı olarak çalışmaktadır. Doktora derecesini Ekim 2021'de Amsterdam UMC'den aldı. Tezi, erken demansı olan kişilerin öz yönetimlerini ve anlamlı faaliyetlerini desteklemek için kişi odaklı bir tablet programının (FindMyApps) geliştirilmesi, uygulanması ve test edilmesine odaklandı. FindMyApps, Saxion Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Amsterdam UMC, VU departmanı, Radboud UMC ve yazılım şirketi EUmedianet ile yakın işbirliği içinde geliştirildi. Danışmanları Prof. Dr. Rose-Marie Dröes ve Prof. Dr. Maud Graff, eş danışmanı ise Dr. Ad Bergsma idi. Kasım 2021'de katılımcı eylem araştırması yoluyla mahalledeki göç geçmişi olan yaşlıların sosyal sağlığını iyileştirmeye yönelik iki yıllık finanse edilen bir doktora sonrası araştırma projesi başlattı.



GİRİŞ

Hollanda'da şu anda 290.000 demans hastalığı olan birey bulunmaktadır ve bu sayının 2050 yılında ikiye katlanarak 620.000'in üzerine çıkması beklenmektedir (Alzheimer's Association the Netherlands, 2019). Beceri kaybı nedeniyle hobilerinden ve alışıldık aktivitelerinden vazgeçmek zorunda kalan demans hastalığı olan kişiler yine de aktivite yapmak istemektedirler (Black vd., 2013; Van der Roest vd., 2009). Bu insanların çoğu hâlâ evde yaşıyor ve teşhis konulduktan sonra kendini kötü hissediyor. Bazıları acil yardıma ihtiyaç duymayabilirler ancak bilişsel işlevlerin kaybı nedeniyle yerlerinden edilmişlerdir ve kendilerini güvensiz hissetmektedirler (Mountain 2006; Mountain ve Craig, 2012; Martin vd., 2012). Tabletlerin ve uygulamaların kullanımı, demans hastalığı olan kişilerin kendi öz yönetimlerini destekleme potansiyeline sahiptir. Hafıza kaybıyla başa çıkmaya yönelik uygulamalar, boş zaman etkinliklerine yönelik uygulamalar ve anlamlı faaliyetlerde bulunmaya yönelik uygulamalar örnek olarak verilebilir (Lim vd., 2013; Groenewoud vd., 2017; Tyack vd., 2015). Bu olanaklardan henüz yeterince yararlanılmamaktadır (Hitch vd., 2017; Joddrell ve Astell, 2016; Tyack ve Camic, 2017). Müzik, oyun ve doğa alanında yapıyı, ilaç alımını, anıları geri getirmeyi veya yolunuzu bulmayı destekleyen pek çok uygulama vardır (Marceglia vd., 2012). Ancak Apple ve Google Play ormanında demans hastası kişilerin ilgi alanlarına, ihtiyaçlarına ve yeteneklerine uygun uygulamalar bulmak zordur. Bu nedenle, kullanıcının kişisel ihtiyaçları, istekleri ve yetenekleriyle eşleşen en uygun uygulamaları bulmak için uygulamaların dikkatli bir şekilde seçilmesi gerekmektedir (Smith ve Mountain, 2012). Bunun yanı sıra demans hastalarının tablet kullanmayı öğrenmede de yardıma ihtiyaçları vardır (Lim vd., 2013; Groenewoud, 2017; Smith, Mountain, 2012).

Bu tezde kişiselleştirilmiş bir tablet programının (FindMyApps) geliştirilmesi ve test edilmesi amacıyla yürütülen bir çalışma anlatılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, erken demans hastası kişileri ve onların bakıcılarını, öz yönetimi sürdürmek ve anlamlı faaliyetlerde bulunmak için tablet kullanma konusunda desteklemektir. Tezin temelini oluşturan alt sorular şunlardır:

1. Erken demans hastası kişileri ve onların gayri resmi bakıcılarını tablet kullanımı konusunda destekleyen kişi odaklı bir programı nasıl geliştirirsiniz?

2. Demans hastalığı olan kişiler uygulama seçiminde ve kullanımında neleri önemli buluyor ve bu algılara dayanarak hangi kullanıcı gereksinimleri belirlenebilir?

3. Demans hastalığı olan kişilerin öz yönetim için uygun uygulamaları ve bireysel ihtiyaçları, istekleri ve kapasiteleriyle eşleşen anlamlı faaliyetleri bulmalarına yardımcı olacak bir seçim aracını nasıl geliştirirsiniz?

4. Erken demans hastalığı olan kişilerin tabletler de dahil olmak üzere teknolojileri kullanmayı (yeniden) öğrenmesinde hangi eğitim müdahaleleri etkilidir?

5. Kişiselleştirilmiş tablet programının fizibilitesi ve son deneme için çalışma tasarımı nedir?

FindMyApps programı, resmi olmayan bakıcılara erken demans hastalarının tablet kullanmasını destekleme konusunda verilen eğitimi de (FindMyApps eğitimi) içermektedir. Öte yandan, öz yönetime yönelik uygulamalar ve bireysel ihtiyaçlara, isteklere ve yeteneklere uygun anlamlı faaliyetler (FindMyapps seçim aracı) bulmak için web tabanlı bir seçim aracı kullanma olanağı sunar. Program, son kullanıcılarla birlikte karmaşık müdahalelerin tasarlanması ve değerlendirilmesine yönelik Tıbbi Araştırma Konseyi (MRC) çerçevesinin aşamalarına göre geliştirildi (Campbell vd., 2000; Campbell vd., 2007). Tezin bölümleri (çalışmaları) bu çerçevenin ilk üç aşamasını açıklamaktadır: klinik öncesi veya teorik aşama (0); modelleme aşaması (I) ve keşif aşaması (II).

Kişi odaklı tablet programının geliştirilmesi

Bu bölüm (Kerkhof vd., 2016), MRC çerçevesinin ilk üç aşamasına yönelik sistematik yaklaşımı açıklamaktadır. (Ayrıca bkz. şekil 1). İlk aşamada (0), ihtiyaç çalışmaları planlandı. İstenilen öz yönetim ve anlamlı faaliyetler ile uygulamaların kullanımına ilişkin kullanıcı gereksinimleri belirlendi. Erken demanslı kişiler için tabletler de dahil olmak üzere teknolojileri kullanmayı (yeniden) öğrenmede hangi eğitim müdahalelerinin en etkili olduğunu araştırmak için bir literatür çalışması yapıldı. Bu sonuçlara dayanarak FindMyApps eğitimi geliştirildi.

Çerçevenin ikinci aşamasında (I), daha önce



Figuur 1: De ontwikkeling en pilot-testen van FindMyApps

Şekil 1. FindMyApps'in geliştirilmesi ve pilot testi

belirlenen kullanıcı gereksinimlerine dayalı olarak FindMyApps seçim aracının ilk taslağı geliştirildi. Üçüncü aşamada (II), FindMyApps müdahalesi, bireysel yarı yapılandırılmış görüşmeler ve rastgele kontrollü bir keşif denemesi kullanılarak bir pilot uygulamada test edildi. Demanslı kişiler ve onların bakıcıları, bireysel görüşmeler, odak grupları, çalıştaylar ve kullanılabilirlik testleri aracılığıyla tüm bu aşamalara yoğun bir şekilde dahil oldu. Çerçevenin ilk üç aşamasında yürütülen çalışma, daha sonra yürütülen metodolojik olarak sağlam, kesin bir rastgele kontrollü çalışmanın (RCT) hazırlanmasına odaklandı

(Campbell vd., 2000; Campbell vd., 2007).
Bu denemenin amacı FindMyApps'in aşağıdakilere katkıda bulunup bulunmadığını araştırmaktır:

- demanslı kişinin daha iyi öz-yönetimi ve günlük ve sosyal aktivitelerine daha fazla katılımı, bunun sonucunda daha fazla öz yeterlik ve özerklik algısı elde edilmesi;

- bakıcılarının gelişmiş yeterlilik duygusu ve olumlu bakım deneyimleri;

- hem demanslı kişi hem de bakıcı için daha iyi bir yaşam kalitesi.

Demans hastalığı olan kişilerin ve onların gayri resmi bakıcılarının algılarına dayalı olarak uygulamaların seçimi ve kullanımı ile kullanıcı gereksinimlerinin belirlenmesi

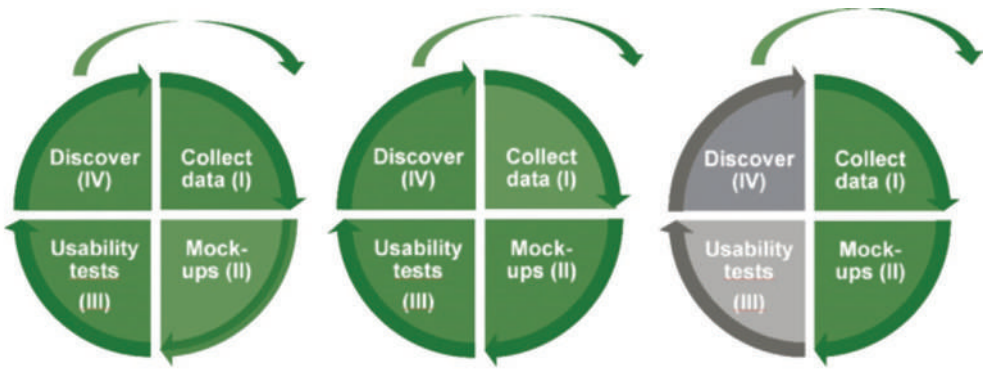
Bu çalışma (Kerkhof vd., 2017), FindMyApps seçim aracının geliştirilmesi için kullanıcı gereksinimlerini belirlemek üzere yürütülen bir keşif çalışmasının sonuçlarını açıklamaktadır. Hafif bilişsel bozukluğu (MCI) veya erken demansı olan kişilerin (13 kişi) ve resmi olmayan bakıcıların (15 kişi) katıldığı sekiz odak grubu oluşturuldu. İhtiyaç değerlendirmesi 1'de, çeşitli öz yönetim ve anlamlı faaliyetlere yönelik uygulamalarla ilgili kullanıcı gereksinimlerini belirlemek için ihtiyaçlar ve istekler kullanıldı. Bu kullanıcı gereksinimleri, FindMyApps seçim aracındaki etkinliklerin ana ve alt kategorilerini oluşturmak için kullanıldı. İhtiyaç anketi 2'de ihtiyaçlar, istekler ve yetenekler, tanınabilir ve büyük düğmeler, büyük yazı tipleri ve basit kullanım gibi uygulamaların kullanımındaki önemli özelliklere ilişkin kullanıcı gereksinimlerinin formüle edilmesine yol açtı. Bu gereksinimler aynı zamanda araç için bir kullanıcı profili oluşturmak için de kullanıldı. Ayrıca seçim aracının kütüphanesine dahil edilecek demans dostu uygulamaların değerlendirilmesine yönelik bir kriter listesi de hazırlandı. İhtiyaç değerlendirmesi ayrıca aracın kullanıcı ara yüzünün en önemli yönleri hakkında değerli bilgiler sağladı. Genel olarak bu çalışmada toplanan kullanıcı gereksinimleri, filtre görevi gören bir seçim aracının oluşturulmasına yardımcı oldu. Seçilen uygulamalar, demans hastalığı olan kişinin öz yönetim ve anlamlı aktiviteler alanındaki istek ve ihtiyaçlarına karşılık gelmekte ve seçilen uygulamaların en önemli özellikleri kişisel tercihlerle örtüşmektedir.

Tablet kullanmayı (yeniden) öğrenmeye yönelik etkili eğitim müdahaleleri, literatür taraması

Bu bölüm (Kerkhof YJF. vd., 2022), erken demans hastalarının tabletler de dahil olmak üzere teknolojileri kullanmayı (yeniden) öğrenmelerine yardımcı olmak için hangi eğitim müdahalelerinin en iyi sonucu verdiğini belirlemek için yapılan literatür taramasını açıklamaktadır. Tarama kapsamında şu veri tabanları araştırıldı: PubMed, APA PsycInfo (EBSCO) ve CINAHL (EBSCO). Toplam 16 çalışma dahil edilme kriterlerini karşıladı ve şu veriler envantere alındı ve tanımlandı: Demansın türü ve şiddeti; teknoloji görevi türü; antrenman yoğunluğu ve ayarı; eğitim müdahalesinin bileşenleri (örneğin, deneme yanılma yoluyla öğrenme (TEL) ve hatasız öğrenme (FL)); araştırma tasarımı ve sonuç ölçütleri; öğrenme etkileri ve verimliliği. Tüm çalışmalar demans hastalığı olan kişilerde, demansın ciddiyeti, antrenman yoğunluğu, ortam ve kullanılan yönteme bakılmaksızın olumlu öğrenme etkileri ve gelişmiş görev performansı bildirmiştir. FL eğitim yöntemi TEL eğitim yönteminden daha başarılı olmasına rağmen, FL yönteminin daha etkili olduğu sonucuna varmak uygun değildir çünkü çalışmaların çoğunluğu yalnızca (çoklu) tek vaka çalışması tasarımlarıyla FL eğitim müdahalelerini araştırmıştır. Bununla birlikte, inceleme, erken ila orta dereceli demans hastalığı olan kişilere yönelik FL eğitim müdahalelerinin teknolojiyi kullanmayı (yeniden) öğrenmedeki potansiyel etkisine ilişkin giderek artan umut verici kanıtlara katkıda bulunuyor. FindMyApps eğitiminin adım adım yaklaşım gibi FL öğrenme ilkelerine dayanmasının nedeni adımları modellemek ve sözlü ve görsel talimatlar sağlamaktır.

Öz yönetim ve anlamlı faaliyetler için uygun uygulamaları bulmaya yönelik bir seçim aracının geliştirilmesi

Bu çalışma (Kerkhof vd., 2019) FindMyApps seçim aracının gelişimini anlatmaktadır. Kullanılabilirliği sağlamak için araç, 'katılımcı araştırma' kullanılarak, potansiyel kullanıcılarla, geliştirme ekibiyle (araştırmacılar, geliştiriciler ve tasarımcılar) ve uzman bir ekiple (kişi merkezli demans bakımı ve BİT alanındaki uzmanlar) yakın iş birliği içinde geliştirildi. 'Sprint' olarak adlandırılan üç kısa yinelemede kullanıcılar (demans hastalığı olan kişiler [8 kişi] ve resmi olmayan bakıcılar [10 kişi]) prototiplerin onların ihtiyaçlarına, isteklerine ve kapasitelerine uygun olup olmadığını test etmeye davet edildi. (Bkz. Şekil 2) Bu, (i) kullanılabilir içerik ve (ii) aracın kullanıcı dostu tasarımıyla ilgili kullanıcı arayüzü yönlerine ilişkin önemli bilgiler sağladı. Sonuçta FindMyApps seçim aracı, erken demans hastası olan kişilerin ihtiyaçlarını, isteklerini ve yeteneklerini karşılayan uygulamaları seçmelerini kolaylaştıran bir araç olarak deneyimlendi.



Şekil 2: FindMyApps seçim aracının üç sprintte geliştirilmesi (gri kısımlar keşif denemesinde yer almaktadır).

Ön uç, oturum açma sayfası gibi çeşitli sayfalardan oluşur (Ayrıca Şekil 3'e bakınız); kullanıcı profilini ayarlamak için bir sayfa (a); öz yönetim faaliyetleri ve anlamlı faaliyetler (b & c) için ana ve alt kategorilerin seçildiği bir sayfa; uygulama önerisi (d) ve bilgi (e) sayfaları; en çok kullanılan uygulamalara genel bakış içeren bir sayfa ve her sayfada yardım talimatları.
Arka uç, kullanıcı profillerinin oluşturulduğu ve uygulama seçiminin gerçekleştiği bir kullanıcı ortamından oluşur: kullanıcı profillerinin, uygulamaların ve seçim kriterlerinin kaydedildiği bir yönetim ortamı ve kullanıcı profilleri ve aracın kullanımına ilişkin bilgilerin (fizibilite çalışması ve RCT sırasında) otomatik olarak saklanabildiği bir raporlama ortamı. Aracın bu ön sürümü, keşif denemesinde test edildi.



Şekil 3: Kullanıcı profilinden uygulama bilgileri içeren uygulamaları seçmeye kadar FindMyApps seçim aracının ekran görüntüleri.

Kişiselleştirilmiş tablet programının fizibilitesi ve kesin deneme için çalışma tasarımı

Son çalışma (Kerkhof vd., 2022), FindMyApps'in uygulama stratejisinin, işletim mekanizmalarının ve potansiyel etkisinin bir pilotta test edildiği fizibilite çalışmasının sonuçlarını ve aynı zamanda son denemeye hazırlık için araştırma yöntemlerini açıklamaktadır. Karma yöntem tasarımıyla rastgele kontrollü bir araştırma denemesi yürütüldü. Erken başlangıçlı demans hastası ve gayri resmi bakıcılar, FindMyApps eğitimini ve seçim aracını alan FindMyApps grubuna (10 kişi) veya yalnızca kısa tablet eğitimi alan bir kontrol grubuna (10 kişi) rastgele atandı. Üç aylık takipteki ön ve son test ölçümleri, örneğin öz yönetim, sosyal katılım, yaşam kalitesi, olumlu bakım deneyimleri vb. ile ilgili anketlerden ve son test yarı yapılandırılmış görüşmelerden oluşuyordu. Etki büyüklüklerinin

hesaplanmasına dayanan niteliksel ve niceliksel sonuçlar, FindMyApps müdahalesinin demans hastalığı olan kişilerin öz yönetimini ve anlamlı faaliyetlere katılımını destekleme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. FindMyApps seçim aracının genel olarak kullanışlı ve kullanımının kolay olduğu görüldü. Araç aracılığıyla demans hastalığı olan katılımcılar düzenli olarak (günlük veya haftalık) kullandıkları uygulamaları buldular ve katılımcılar, resmi olmayan bakıcılarından düzenli desteğe ihtiyaç duymalarına rağmen bu uygulamaları nasıl kullanacaklarını öğrendiler. Demans hastası olan katılımcılar ve gayri resmi bakıcılar FindMyApps eğitimi ve aldıkları destek konusunda olumluydu. Gayri resmi bakım verenler arasında, olumlu bakım deneyimleri açısından gruplar arasında kontrol grubu lehine anlamlı bir fark bulundu, ancak örneklem büyüklüğü nedeniyle bu sonuca varırken dikkatli olmamız gerekiyor. Müdahaleyi iyileştirmeye yönelik öneriler şunlardır:

a) Resmi olmayan bakıcılara demans hastalığı olan kişiyi eğitme konusunda ek destek sağlamak için FindMyApps'te aracın ve tabletin kullanımına ilişkin tanıtım videolarının eklenmesi.

b) Aracın kullanım kolaylığının iyileştirilmesi için kısa açıklamalar eklenmesi (kategori düğmeleri). Bununla kategorilerde bulunabilecek aktivite türleri daha net hale geliyor.

Ek olarak, daha kısa anketlerin kullanılması ve gerekli örneklem büyüklüğü için güç hesaplaması gibi daha büyük bir pilot RCT (Beentjes vd., 2020; Beentjes vd. 2020) ve tanımlayıcı çalışma (RCT) (Neal vd. 2021) için önerilerde bulunuldu.

Özet ve sonuçlar:

Araştırma çalışmasının niteliksel ve niceliksel sonuçları (Kerkhof vd., 2022), demans hastalığı olan katılımcıların ihtiyaçlarına, isteklerine ve olasılıklarına uygun uygulamaları daha iyi bulabildiklerini ve dolayısıyla FindMyApps'in daha iyi öz yönetime ve anlamlı faaliyetlere katılıma katkıda bulunma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırma çalışması (Kerkhof vd., 2022) aynı zamanda hafif demanslı kişilerin EL eğitim yöntemini kullanarak cihazı ve tableti kullanmayı öğrenebileceğini de göstermektedir. Bu, demans hastalarının bu yöntemle tablet ve akıllı telefon gibi günlük teknolojileri kullanmayı öğrenebileceğine dair önceki bulguları desteklemektedir (Imbeault vd. 2018; Bier vd. 2018). Gayri resmi bakıcılar da bu yöntemi, demans hastalığı olan kişilerin araç ve tablet kullanımında desteklenmesinde faydalı buldu ve bazıları bu yöntemi GYA'nın diğer alanlarındaki becerileri eğitmek için de kullandı. Bununla birlikte, resmi olmayan bakım verenler, müdahalenin başında araştırmacı tarafından verilen bir eğitim seansının demans hastalığı olan kişiye en iyi şekilde destek vermeleri için yetersiz olduğunu belirttiler. Demans hastalığı olan kişiler genel olarak seçim aracını nasıl kullanacaklarını öğrenmiş olsalar da aracın bazı kısımları beklendiği gibi sürekli bakıcı desteği gerektiriyordu. Sonuç olarak, demans hastalığı olan kişiye destek vermenin çok zaman alıcı olduğunu deneyimlediler. Bu, gayri resmi bakım verenlerin neden kontrol grubuna göre daha az olumlu bakım deneyimi bildirdiklerini açıklayabilir. İnsanların yeni beceriler kazanmasına yardımcı olmada etkili bir yaklaşım olan (Van Gog vd. 2014) ek tanıtım videolarının hem demans hastalığı olan kişinin hem de bakıcısının tableti ve seçim aracını bağımsız olarak kullanmasını destekleyeceğini ve bunun da bakım verenlerin olumlu bakım deneyimlerini artıracağını bekliyoruz. FindMyApps kullanan kişilerin sayısı artacaktır.

Demans hastalığı olan katılımcılar ve onların bakıcıları tarafından bildirilen diğer olumlu etkiler ise FindMyApps'in tablet kullanımının ve tabletlere olan ilginin artmasına ve dijital becerilerinin artmasına katkıda bulunmasıdır. Onlar da çağa ayak uydurabildiklerini ve dünyalarının büyüdüğünü söylediler (Kerkhof vd., 2022). Günümüzde mobil cihazlardaki uygulamaların kullanımının eski nesiller de dahil olmak üzere günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmesi, FindMyApps gibi fiziksel veya bilişsel sınırlamalar (kısıtlamalar) fark etmeksizin herkesin kullanabileceği dijital sistemlerin tasarlanmasına olan ihtiyacı artırmaktadır (Gibson vd., 2016).

KAYNAKÇA

Alzheimer's Association the Netherlands. Cijfers en feiten over dementie [Facts and figures about dementia] 2019. Available from: https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie.

Beentjes KM, Neal DP, Kerkhof YJF, Broeder C, Moeridjan ZDJ, Ettema TP, et al. Impact of the FindMyApps program on people with mild cognitive impairment or dementia and their caregivers; an exploratory pilot randomised controlled trial. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. 2020:1-13.

Beentjes K, Kerkhof Y, Neal D, Bchir M, Cantab M, Ettema T, et al. Process evaluation of the FindMyApps program trial among people with dementia or MCI and their caregivers based on the MRC guidance. Gerontechnology. 2020;20.

Bier N, Paquette G, Macoir J. Smartphone for smart living: Using new technologies to cope with everyday limitations in semantic dementia. Neuropsychological Rehabilitation. 2018; 28(5):734-54.

Black BS, Johnston D, Rabins PV, Morrison A, Lyketsos C, Samus QM. Unmet needs of community-residing persons with dementia and their informal caregivers: findings from the maximizing independence at home study. Journal of the American Geriatrics Society. 2013; 61(12): 2087-95.

Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. British Medical Journal 2000; 321.

Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. British Medical Journal 2007; 334.

Gibson A, McCauley C, Mulvenna M, Ryan A, Laird L, Curran K, et al. Assessing usability testing for people living with dementia. 4th Workshop on ICTs for improving Patients Rehabilitation Research Techniques (REHAB); Lisbon, Portugal, 13-14 October 2016, p. 25-31.

Groenewoud H, de Lange J, Schikhof Y, Astell A, Joddrell P, Goumans M. People with dementia playing casual games on a tablet. Gerontechnology. 2017; 16(1): 37-47.

Hitch D, Swan J, Pattison R, Stefaniak R. Use of touchscreen tablet technology by people with dementia in homes: A scoping review. Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering. 2017; 4: 1-8.

Imbeault H, Langlois F, Bocti C, Gagnon L, Bier N. Can people with Alzheimer's disease improve their day-to-day functioning with a tablet computer? Neuropsychol Rehabil. 2018; 28 (5): 779-96.

Joddrell P, Astell AJ. Studies involving people with dementia and touchscreen technology: a literature review. JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies. 2016; 3(2): e10.

Kerkhof YJF, de Vocht HM, Graff MJL, Dröes RM. Better self-management and more meaningful activities thanks to tablets? A person-centred programme to supports people with dementia and their carers. International Psychogeriatrics. 2016; 28 (11): 1917-29.

Kerkhof YJF, Bergsma A, Graff MJL, Dröes RM. Selecting apps for people with mild dementia: Identifying user requirements for apps enabling meaningful activities and self-management. Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering. 2017; 4: 2055668317710593.

Kerkhof Y, Pelgrum-Keurhorst M, Maniaracina F, Bergsma A, Vrauwdeunt G, Graff M, et al. User-participatory development of FindMyApps; a tool to help people with mild dementia find supportive apps for self-management and meaningful activities, Journal of Digital Health 2019.

Kerkhof YJF, Bergsma A, Mangiaracina F, Planting CHM, Graff MJL, Dröes RM. Are people with mild dementia able to (re) learn how to use technology? A literature review. International Psychogeriatrics. 2022; 34 (2): 113-28.

Kerkhof Y, Kohl G, Veijer M, Mangiaracina F, Bergsma A, Graff M, et al. Randomized controlled feasibility study of FindMyApps: first evaluation of a tablet-based intervention to promote self-management and meaningful activities in people with mild dementia. Disability and rehabilitation: assistive technology, 2022; 17(1) : 85-99.

Lim FS, Wallace T, Luszcz MA, Reynolds KJ. Usability of tablet computers by people with early-stage dementia. Gerontology. 2013; 59(2):

174-82.

Marceglia S, Bonacina S, Zaccaria V, Pagliari C, Pinciroli F. How might the iPad change healthcare? Journal of the Royal Society of Medicine. 2012; 105(6) : 233-41.

Martin F, Turner A, Wallace LM, Choudhry K, Bradbury N. Perceived barriers to self-management for people with dementia in the early stages. Dementia: The International Journal of Social Research and Practice 2012; 12(4) : 481-93.

Mountain GA. Self-management for people with early dementia: an exploration of concepts and supporting evidence. Dementia (14713012). 2006; 5(3) : 429-46.

Mountain GA, Craig CL. What should be in a self-management programme for people with early dementia? Aging & Mental Health. 2012; 16(5) : 576-83.

Neal DP, Kerkhof YJF, Ettema TP, Muller M, Bosmans J, Finnema E, et al. Evaluation of FindMyApps: protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of a tablet-based intervention to improve self-management and social participation of community-dwelling people with mild dementia, compared to usual tablet use. BMC geriatrics. 2021; 21(1) : 1-15.

Smith SK, Mountain GA. New forms of information and communication technology (ICT) and the potential to facilitate social and leisure activity for people living with dementia. International Journal of Computers in Healthcare. 2012; 1(4) : 332-45.

Tyack C, Camic PM, Heron MJ, Hulbert S. Viewing Art on a Tablet Computer: A Well-Being Intervention for People With Dementia and Their Caregivers. Journal of Applied Gerontology. 2015; 36(7) : 864-94.

Tyack C, Camic PM. Touchscreen interventions and the well-being of people with dementia and caregivers: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2017; 29(8) : 1261-80.

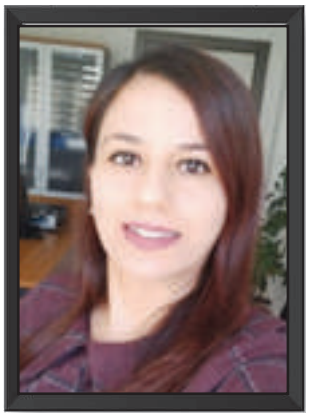
Van der Roest HG., Meiland FJM, Comijs HC, Derksen E, Jansen APD, van Hout HPJ, et al. What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. International Psychogeriatrics. 2009; 21(5) : 949-65.

Van Gog T, Verveer I, Verveer L. Learning from video modeling examples: Effects of seeing the human model's face. Computers & Education, 2014; 72 : 323-7.



DERLEME

SAĞLIK HAKKI PERSPEKTİFİNDEN YAŞLILIKTA EŞİTSİZLİKLER



Elif ÇEVİK*

Özet: Türkiye'de yaşlı nüfusunun artışı ve demografik değişikliklerin sağlık, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda önemli etkiler yarattığı bir bağlamda, yaşlıların sağlığını koruyup geliştirmek amacıyla temel yaşlı sağlığı politikalarının gerekliliği önem arz etmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarının değiştiği ve taleplerin arttığı bir dönemde, yaşlılarda hastalık ve ölüm oranlarını artıran sağlık eşitsizliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Bu çalışma, Türkiye'deki yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlik konularını ele alarak, yaşlı bireylerin maruz kaldığı sağlık hizmeti eşitsizliklerinin genel sağlık durumlarına olan etkisini değerlendirmektedir. Bu bağlamda bu eşitsizliklerin, yaşlıların sağlıklarını zayıflattığı ve yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Sonuç olarak Türkiye'deki yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarına yönelik daha etkin politika ve sosyal güvence sistemlerinin kurulması, yaşlı nüfusunun sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak adına kritik bir adım olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, sağlık, eşitsizlik, mutlak eşitlik, sağlık eşitsizliği

Abstract: *In an environment where the increase in the number of elderly people and demographic developments in Turkey create significant effects on health, social, economic and cultural areas, the necessity of basic elderly health systems in order to protect the lives of the elderly is important. The change and increase in the health needs of the elderly, and the increase in health status and mortality rates in the elderly, should not be taken into consideration, and health inequality should not be taken into account. This study addresses the issues of aging and health inequalities in Turkey and evaluates the effects of healthcare inequalities experienced by the elderly on their general health status. These inequalities are the forces that negatively impact the health and lives of older people. As a result, more effective policy and assurance for the health services of the elderly in Turkey should be considered as a critical step to achieve social gain and meet the health and care needs of the elderly.*

Keywords: *Old age, health, inequality, absolute equality, health inequality*

* Doktora Öğr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, ORCID: 0000-0002-4728-2450, nazlican95@hotmail.com.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO, 1946) tarafından yapılan tanıma göre, "sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Bu bakış açısı, sağlık hizmetlerinin sadece hastalıkları tedavi etmeye yönelik olmamasını, aynı zamanda bireyin sağlığını sürdürmeye ve geliştirmeye odaklanılmasını vurgular. Önleyici sağlık hizmetleri, yaşam tarzı değişiklikleri, duygusal ve zihinsel sağlığı destekleyen uygulamalar ve toplumla bütünleşik sağlık politikaları, bu perspektifte önem kazanarak bireyin sağlığını sadece bireysel durumu değil, aynı zamanda çevresi ve toplumla olan etkileşimlerini de içeren daha bütüncül bir yaklaşımı beraberinde getirmektedir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. maddesine göre, sağlık hakkı temel bir insan hakkıdır. Bu maddeye göre herkesin, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım gibi temel ihtiyaçlarını karşılayacak bir yaşam düzeyine ve çeşitli olumsuz durumlardan korunma hakkı vardır (Aybay, 2006, 19-20). Ancak, bu hak belgelerle onaylanmış olmasına rağmen, sağlıkta eşitsizlikler halen devam etmektedir. Yaşlı bireyler, düşük gelir, barınma sorunu, çalışma koşulları, gıda ve iş güvencesizliği, ayrımcılık, sosyal izolasyon ve eğitimsizlik gibi sosyal belirleyicilere maruz kalmaktadır. Bu faktörler, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran temel etmenlerdir (Dyar vd., 2022, s.1049). Buna göre sağlık hakkının eşit olarak sağlanması gerektiği belirtilse de, yaşlı bireylerin yaşamını etkileyen sosyal belirleyiciler, sağlık eşitsizliklerini derinleştirmekte ve adaletsiz bir sağlık sistemi oluşturmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2023) verilerine göre, 2017 yılında 65 ve üzeri yaş grubundaki nüfus 6 milyon 895 bin 385 kişi olarak kaydedilmiş, ancak son beş yıl içinde bu rakam %22,6'lık bir artışla 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişiye ulaşmıştır. Aynı dönemde, yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı 2017'de %8,5 iken, 2022'de %9,9'a yükselmiştir. Tahminlere göre, bu oranın 2030'da %12,9'a; 2040'ta ise %16,3'e ulaşması beklenmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023-2025). Bu artışlar, genel nüfusun yaşlanma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Demografik anlamda yaşlı nüfusun artışı yaşlanma ile ilgili özel sosyal politikaların önemini vurgulamakta, yaşlı bireylerin refahını artırmayı hedeflemektedir (Akış, 2022). Bu amaç doğrultusunda sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler yaşlı vatandaşlar için çeşitli hizmetler sunar. Sosyal güvenlik hizmetleri genellikle prim ödemeleriyle sosyal güvencesi olan yaşlıları hedef almaktadır. Örneğin emeklilik aylıkları bu kapsamdadır. Diğer yandan, sosyal yardımları içeren muhtaç ve yoksul bireylerin ihtiyaçları 2022 sayılı Kanun kapsamında karşılanmaktadır. Bu Kanun'a göre, 65 yaş ve üzeri muhtaç, kimsesiz ve güçsüz Türk vatandaşlarına aylık maaş bağlanmaktadır (Tuncel ve Uzun, 2019, s. 322-323).

Bu çalışmada, sağlık hakkının evrensel bir insan hakkı olduğu vurgulanırken, yaşlı bireylerin yaşamını etkileyen sosyal belirleyicilerin sağlık eşitsizliklerine nasıl katkı sağladığı, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının zaman içinde nasıl değiştiği ve bu değişimin sağlık bakımı ile sosyal hizmet taleplerini nasıl etkilediği üzerine odaklanılmaktadır.

Sağlıkta Eşitsizlikler

Eşitsizliklerle ilgili Türkçe terminolojide genellikle bir sıkıntı yaşanmamaktadır. Eskiden eşitlik yerine "hakkaniyet" terimi kullanılsa da genellikle "eşitlik" ve karşıtı olarak da "eşitsizlik" terimleri kullanılmaktadır. Oysa İngilizce'de eşitlik anlamına gelen iki ayrı kelime bulunmaktadır: "equity" (daha soyut, eşitliği tüm boyutlarıyla kapsar) ve "equality" (daha somut, mutlak eşitlik anlamına gelir). Bu kelimelerin karşıtı olarak da "inequity" ve "inequality" terimleri kullanılır. Sağlıkta eşitsizlik literatüründe İngilizce kaynaklarda, "eşitsizlik" terimi genellikle "inequality" terimiyle ifade edilir. Bu durumun temel sebebi, eşitsizliklerin ölçülebilir, yani rakamsal değerlerle gösterilebilir olmasıdır (Şimşek ve Kılıç, 2012, s.120).

Sağlıkta eşitsizliklerin tanımlanması ve bu eşitsizliklere yönelik çözüm yollarının araştırılması, oldukça önemlidir. Sağlıkta eşit-

sizlikler, farklı nüfus grupları arasında sağlık durumu veya sağlık kaynaklarının dağılımında ortaya çıkan farklılıklardır. Bu farklılıklar, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı sosyal koşullardan etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık eşitsizlikleri adil olmayan durumlar içermekte olup, uygun hükümet politikalarıyla azaltılabilecek durumları ifade etmektedir (WHO, 2021). Tezel'e (2017) göre sağlıkta eşitsizlik, her bireyin aynı sağlık sorunuyla karşılaştığında eşit ve aynı kalitede sağlık hizmetlerine erişim şansına sahip olamamasını ifade etmektedir. Şimşek ve Kılıç (2012, s.116) da sağlıkta eşitsizliği, bireylerin veya toplumun sağlığında meydana gelen önlenebilir ve kabul edilemeyen bozulmaların, sosyal etmenlerin etkisi veya sağlık sistemindeki giderilebilir yetersizliklerin etkisiyle meydana gelen bir durum olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlar, sağlık eşitsizliklerini anlarken sosyal faktörlerin ve sağlık sistemine ilişkin eksikliklerin rolüne vurgu yapmaktadır. Dolayısıyla, bu eşitsizliklerle mücadelede etkili çözüm yollarını bulmak, sağlık hizmetlerini daha adil ve erişilebilir hale getirmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Whitehead'a (2001, s.6) göre genel anlamda, sağlıkta yedi farklı alanda eşitsizlik nedeni belirlenmektedir. Bunlar:

1. Doğal, Biyolojik Varyasyon: İnsanların doğuştan getirdiği genetik farklılıklar ve biyolojik özellikler.

2. Serbestçe, Gönüllü Olarak, İsteyerek Seçilen Sağlığa Zararlı Davranışlar: Bireylerin kendi iradeleriyle tercih ettiği, ancak sağlık açısından risk oluşturan davranışlar, örneğin bazı spor dalları veya eğlenceler.

3. Belirli Bir Grubun Sağlığı İyileştiren Davranışları Benimsemesinden Kaynaklanan Geçici Avantaj: Belirli bir grupta sağlığı iyileştiren davranışların benimsenmesi sonucu, bu grup üyelerinin geçici bir süre için sağlık açısından avantajlı olması (ancak diğer grupların da benzer avantajlara ulaşma şansı olduğu sürece).

4. Yaşam Tarzını Seçme Şansı Sınırlı Olan Durumlarda Sağlığa Zararlı Davranışlar: Bireyin yaşam tarzını seçme şansının sınırlı olduğu durumlarda, sağlığa zararlı davranışlar.

5. Sağlıksız ve Stresli İş ve Yaşam Koşulları: İş ve yaşam koşullarının sağlıksız ve stresli olması.

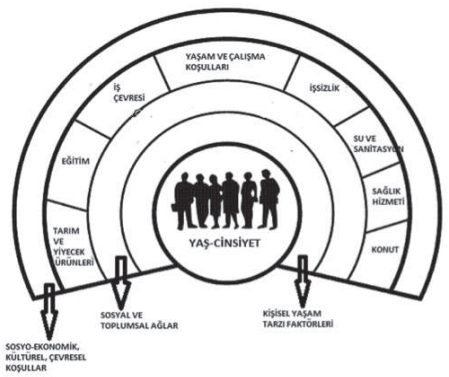
6. Temel Sağlık ve Diğer Sosyal Hizmetlere Ulaşabilirlikteki Yetersizlik: Temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşımın yetersiz olması.

7. Doğal seleksiyon veya hasta kişilerin sosyal sınıflarının değişmesiyle ortaya çıkan sağlığa bağlı sosyal değişmeler.
Bu noktada önemli olan, bu faktörlerin birbirleriyle etkileşimleri ve toplumsal bağlam içinde nasıl şekillendiğidir. Ayrıca, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için etkili politika ve müdahalelerin geliştirilmesi de büyük önem taşımaktadır.

Sağlık eşitsizlikleri konusunda geniş bir literatür bulunmaktadır. İngiltere'deki Black Raporu (1980), sağlık eşitsizliklerini açıklamaya yönelik çalışmalardan biridir ve bu tür eşitsizliklerle başa çıkmak için önerilerde bulunmuştur. Bu raporda, sağlık eşitsizliklerine dair açıklamalar, dört temel faktörü esas almaktadır: (i) sanal (sanısal) açıklama; (ii) sosyal seçilim açıklaması; (iii) sigara içme, alkol tüketimi ve beslenme tercihleri ile ilişkilendirilen davranışsal/kültürel açıklamalar ve (iv) yapısal/malzeme açıklamalardır. Black Raporu'nu izleyen araştırmalar, bu açıklamalara ilişkin olarak aşağıdaki durumlara dikkati çekerler: Sanal açıklamaya göre, sağlık eşitsizliklerinin gerçek boyutu muhtemelen tam olarak ortaya konamamıştır ve sağlık eşitsizlikleri genellikle resmi raporlar/istatistikler tarafından doğru bir şekilde yansıtılmamış olabilir ya da gerçekte olduğundan daha az önemli olarak gösterebilir. Sosyal seçilimle ilgili olarak, insanların yaşamları boyunca maruz kaldıkları olumsuz sosyal koşulların sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğuna dair çok fazla kanıt bulunmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik statüden kötü sağlığa doğru bir neden-sonuç ilişkisi genellikle varken, kötü sağlığın düşük sosyo-ekonomik statüye yol açtığına dair sabit bir ilişki bulunmamaktadır. Yani, bazı durumlarda, sosyal seçim faktörleri rol oynamaktadır. Sağlık

davranışlarındaki farklılıkların temel nedeni olarak, eğitim, gelir, konut gibi kaynakların eşitsiz dağılımıyla ilişkilendirilen yapısal/materyal açıklamaların dayandığı belirtilmektedir (deBurca vd., 2008, s.25-26).

Bir başka çalışmada Dahlgren ve Whitehead'in Gökkuşağı Modeli (Şekil 1), sağlıkta eşitsizliklere etki eden belirleyicileri açıklarken, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin bireyin sahip olduğu temel faktörler olduğunu vurgulamaktadır. Bu model, bireyin sağlığını etkileyen kişisel alışkanlıkların (örneğin, sigara içmek), toplumsal etkilerin ve aynı zamanda yapısal faktörlerin (örneğin, çalışma koşulları, hizmetlere erişim) etkileşimini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre de sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler arasında gelir, eğitim, meslek, sosyal sınıf ve cinsiyet gibi faktörler önemli sıralarda yer almaktadır (Tekingündüz vd., 2016, s.34).



Şekil 1. Sağlığın sosyal belirleyicileri.

deBurca ve arkadaşlarına (2008, s.25) göre, sağlığın sosyal belirleyicileri şunlardan oluşur: (1) yaş, cinsiyet, genetik yapının da dahil olduğu sabit faktörler, (2) davranış ve yaşam tarzı tercihleri ve (3) sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler. Sağlığı etkileyen sosyal ve kültürel faktörler arasında işsizlik deneyimi, konut kalitesi, eğitim düzeyi, sosyal ve topluluk ağları ve destek, fiziksel ve iş çevresi ve sağlık hizmetlerine erişim yer almaktadır. Bu bağlamda, sağlık politikaları ve müdahaleler geliştirilirken sosyal belirleyiciler dikkate alınması gereken önemli hususlardandır. Sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yönelik çabalar, bireysel düzeydeki faktörlerden sosyal ve yapısal etmenlere kadar geniş bir perspektifi kapsamalıdır. Bu da toplumun genel sağlığını iyileştirmek ve eşitsizlikleri azaltmak için bütünlük içinde bir yaklaşımın benimsenmesini gerektirmektedir.

Yaşlılıkta Görülen Sağlıkta Eşitsizlikler

Yaşlanma, "bireysel bir organizmanın zaman geçtikçe uyum yeteneğinin giderek kaybolması" olarak tanımlanmaktadır. Bu, yaşla birlikte ölüm riskindeki artışla ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalık ve engelliliğin yaygınlık oranı da yaşla birlikte sürekli olarak artmaktadır (deBurca vd., 2008, s.23). Yaşlı bireyler çok ciddi sağlık sorunlarına yakalanma riskiyle karşı karşıyadır. Yaşla birlikte, sinir sistemi ve reseptör değişikleri, solunum sistemi değişikleri, mide ve bağırsak sorunları gibi fizyolojik veya patolojik birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır (Razavi vd., 2017, s.1). Bununla birlikte, sosyal belirleyicilerin (gelir, eğitim durumu vb.) neden olduğu riskler, sağlıksız yaşam tarzları ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar gibi nedenler, yaşlılık sürecinde eşitsizliklere neden olmaktadır (Sönmez ve Çevik, 2021, s.500). Hayatları boyunca düşük gelir ve eğitim seviyelerine sahip bireylerin yaşlılık dönemindeki sağlık koşulları genellikle daha kötüdür. Yaşam süreci boyunca, özellikle yaşlılık döneminde, sağlık hizmetlerine erişim konusunu değerlendirmek de bu bağlamda önem arz etmektedir (Yaylagül vd., 2023, s.257).

İlerleyen yaşlarda, sağlık sonuçları ile sosyo-ekonomik faktörler arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Bu faktörler genellikle eğitim seviyesi ve gelir düzeyiyle ölçülür ve bazen konut sahipliğiyle ilişkilendirilir. Yaşlılık döneminde daha düşük gelir seviyesine sahip bireyler, genellikle daha zengin olanlara kıyasla çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Scharf, 2017, s.6). Yoksulluğun ve dezavantajlılığın sağlık eşitsizlikleri üzerindeki etkisi genellikle tutarlı bir şekilde zaman içinde devam etmektedir: Bireyin erken yaşam deneyimleri, sonraki yaşamındaki sağlık durumunu belirlemede etkili olmaya devam eder (Akış ve Korkmaz Yaylagül, 2021). Yaşlı insanların

sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetleri kullanımı üzerine odaklanan birçok çalışma, kronolojik yaşın çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarının tedavisinin önünde bir engel olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, yaşanılan yer de önemli bir faktördür; dezavantajlı bölgelerde yaşayan yaşlı bireylerin, daha zengin topluluklarda yaşayanlara kıyasla daha az sağlık hizmetine erişimleri olduğu belirtilmektedir (Scharf, 2017, s.7). Yaşlılarla gençler arasındaki eşitsizlikler, sanayileşmiş ülkelerde daha fazla yaşlı vatandaşın bulunması nedeniyle daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı ve paraziter hastalıklar nedeniyle yüksek çocuk ölüm oranları yaşanmaya devam ederken, tüm ülkelerde önümüzdeki 10-15 yıl içinde başta kronik hastalıklar olmak üzere "yaşlılık hastalıkları" nedeniyle artan ölüm ve sakatlık oranları yaşanacaktır. 2030 yılına gelindiğinde kronik hastalıklar, düşük gelirli ülkelerdeki hastalık yükünün yarısından fazlasını, orta gelirli ülkelerde ise dörtte üçünü oluşturacaktır. Yaşlı insanlar sağlıklı olsa bile yaşın kendisi felç, kalp hastalığı, kanser, diyabet, depresyon ve demans gibi birçok hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır (Jecker, 2017, s.2).

Yaşlı bireylerin sağlık durumu, dünya genelinde ve ülkemizde, kronik hastalıkların yaygınlığına dair endişe verici bir tabloyu ortaya koymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2011) raporuna göre, Avrupa'da 65 yaş ve üstü bireylerin üçte biri, en az iki kronik hastalığa sahiptir. Ülkemizde ise "Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Raporu (2021-2026)"na göre, yaşlı nüfusun %90'ından fazlasının en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021, s.8). Bu durum, yaşlı bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve refahı, sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlanmasıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, yaşlılık döneminde sağlık ve bakım faktörleri birbirini etkileyerek yaşam kalitesini belirleyen önemli unsurlardır. Yaşlılıkta sağlık ve bakımın öne çıkmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Fiziksel ve zihinsel sağlığın iyi olması, yaşlı bireylerin kendi başlarına bağımsız bir yaşam sürmelerine katkıda bulunabilir. Bu sayede, günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini sürdürerek yaşamlarını istedikleri şekilde düzenleyebilirler. Bakıma muhtaç yaşlılar, uygun bakım ve destekle bağımsız bir yaşam sürebilir, aynı zamanda bakımın sağlanması sosyal izolasyonu ve yaşlı bireylerin ihmalini engelleyebilir. Bakım, yaşlı bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlayarak yaşamlarını daha sağlıklı ve memnuniyet verici hale getirebilir (Tufan, 2023, s.5). Bu bağlamda, yaşlılıkta sağlık ve bakım uygun hizmetlerle desteklendiğinde yaşlı bireylerin yaşam deneyimini olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

Ancak yaşlılar sağlık hizmetlerine erişim konusunda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Kır veya kentte yaşamanın, sağlık hizmetlerine eşitsiz erişim yaratma potansiyeli bulunmaktadır. Kırsal bölgelerde, yetersiz sağlık personeli, donanımsız hastaneler, öngörülemeyen seyahat zorlukları, hava koşulları, dil ve kültür farklılıkları gibi fiziksel ve sosyal engeller, yaşlıların kentlerde yaşayanlara göre daha dezavantajlı bir konumda olmalarına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde sağlık sorunları ve bakım ihtiyacının ortaya çıkması, temel riskler arasında yer almaktadır. Bu nedenle, yaşlılık süreci, sağlık ve bakım hizmetlerine artan bir talep ve ihtiyaç dönemi olarak nitelendirilebilir. Ancak bu hizmetlere erişimde yaşanan zorluklar, sağlık hizmetlerinin kısıtlanması, ücretlerin veya katkı paylarının artması ve talebin yüksek olması gibi faktörler, sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda bir eşitsizlik yaratmaktadır (Yaylagül vd., 2023, s.257-258). Sağlığın diğer çeşitli sosyal belirleyicilerinin (izolasyon, damgalama, fiziksel çevre) yanı sıra, toplu taşıma, tekerlekli sandalye rampaları gibi sağlıkla doğrudan ilgisi olmayan hizmetlerin eksikliği de yaşlı bireylerde eşitsizlik sorunlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle, sağlık harcamalarının yalnızca sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlardan ibaret olmaması gerektiği önemli bir gerçektir. Yaşlı bireylerin gençlere göre daha yüksek hastalık ve sakatlık oranlarına sahip olmaları nedeniyle onların bir ülkenin sağlık harcamalarından daha büyük bir pay almasını beklemek şaşırtıcı değildir (Jecker, 2017, s.2-3). Bu bağlamda yaşlı bireylerin sağlık durumu ve sağlık hiz-

metlerine erişimde karşılaştıkları zorluklar, toplumların daha kapsayıcı ve eşitlikçi sağlık politikalarına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri, erişim sorunları ve bakım ihtiyaçlarına yönelik çözümler, yaşlı nüfusun yaşam kalitesini artırmak ve toplumsal refahı güçlendirmek için ele alınmalıdır.

Sonuç:

Yaşlılık dönemindeki eşitsizliklere dair birçok çalışma, nerede yaşadığınız, sağlığınız ve geliriniz gibi faktörlerin genel iyi oluş üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin, kentsel alanlarda yaşayan yaşlılar genellikle daha iyi sağlık hizmetlerine ve sosyal destek ağlarına erişebilirken, kırsal bölgelerde yaşayanlar bu hizmetlere daha zor ulaşabilirler. Sağlık hizmetlerine erişimdeki bu farklılıklar, yaşlıların sağlık durumu üzerinde doğrudan etkili olabilir. Gelir seviyesi düşük olan bireyler genellikle daha az kaynağa sahip oldukları için sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık harcamalarında kısıtlamalarla karşılaşabilirler. Ayrıca, sağlığın genel durumu da yaşlılık dönemindeki yaşam kalitesini belirleyen önemli bir faktördür. Kronik hastalıklar veya sağlık sorunlarıyla mücadele eden yaşlılar, genellikle daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar ve bu da mali açıdan daha büyük bir yük getirebilir. Bu eşitsizlikler, yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşam kalitesini etkilerken, aynı zamanda toplumun genel sağlık ve refahını da olumsuz yönde etkileyebilir. Çünkü sağlıklı ve mutlu yaşlılar, toplumun üretkenliğini artırabilirken, sağlık sorunlarıyla boğuşan veya sosyal destekten yoksun olan yaşlılar daha fazla bakım ve desteğe ihtiyaç duyabilirler.

Yaşlılık döneminde sağlık ve bakım hizmetlerine olan talebin artması, bu hizmetlere erişimde yaşanan zorluklar, mali kısıtlamalar ve yüksek ücretler gibi faktörler nedeniyle eşitsizlikler derinleşmektedir. Sağlık ve bakım hizmetlerinin yüksek maliyetleri, bireyleri yaşlılık döneminde maddi açıdan güç durumda bırakmakta ve başkalarına bağımlı hale getirmektedir. Bu durum, genellikle aile bireyleri tarafından bakım sorumluluğunu üstlenen kişiler için de sosyal güvenlik ve ekonomik belirsizlik anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, yaşlı nüfusun sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak için daha etkili politika ve sosyal güvence sistemlerinin oluşturulması önemli bir adım olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca bu dönemdeki eşitsizlikleri azaltmak için sadece sağlık hizmetlerine değil, gelir eşitsizliğini azaltacak sosyal politikalara, sağlık eğitimine ve yaşlılara yönelik sosyal destek ağlarının güçlendirilmesine odaklanmak gereklidir. Bu şekilde, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırarak sağlık eşitsizliklerini azaltmak mümkün olabilir ve toplumun genel sağlık ve refahı artırılabilir.



KAYNAKÇA

Akış, A. G. (2022). Türkiye'de demografik yapı. Sevinç Güçlü (Ed.), *Cumhuriyet'in 100.yılında Türkiye'nin toplumsal yapısı* (s. 187-214) içinde. Konya: Çizgi Kitabevi.

Akış, A. G. ve Yaylagül Korkmaz, N. (2021). Yaşam seyri perspektifi ve yaşlılık. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (38), 276-309.

Altun, Z. (2021). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmetler: Sivil toplum kuruluşları üzerinden bir değerlendirme. *Toplumsal Politika Dergisi,* 2 (1), 30-44.

Aybay, R. (2006). Açıklamalı insan hakları evrensel bildirisi. Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları. Erişim adresi: http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/iheb.pdf

Danış, D. (2011). Demografi: Nüfus meselelerine sosyolojik bir bakış. Ders Notları, s. 1-21. Erişim adresi: https://acikders.tuba.gov.tr/pluginfile.php/4144/mod_resource/content/2/TUBA1.pdf

deBurca, S., Humphreys, E., Dolan, E., Flynn, G. (2008). Health inequalities and ageing in the community.ReportoftheFindingsandConclusions of the Social Study. Erişim adresi:https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/145533/HealthInequalitiesAgeing.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dyar, O. J., Haglund, B. J. A., Melder, C., Skillington, T., Kristenson, M., Sarkadi, S. (2022). Rainbows over the world's public health: determinants of health models in the past, present, and future. *Scandinavian Journal of Public Health,* 50 (7), 1047-1058.

Jecker, N. S. (2017). Age-related inequalities in health and healthcare: the life stages approach. *Department of Bioethics and Humanities,* 1-12. DOI: 10.1111/dewb.12148

Razavi, S., Razavi, M., Pirhosseinlou, M. (2017). A preventive approach to elderly people health problems. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(450), https://doi.org/10.4172/21677182.1000450

Scharf, T. (2017). Scoping review of inequalities in later life. Centre for Ageing Better: London. Erişim adresi: https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2017-12/Inequalities%20insight%20report.pdf

Sönmez, S. ve Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 3 (2), 496-511. Erişim: https://doi.org/10.47793/hp.943515

Şimşek. H. ve Kılıç B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. T*ürkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10 (2), 116-127.

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). Yaşlı hakları ulusal eylem planı 2023-2025. Erişim adresi: https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Ankara. Erişim adresi: https://onikinciplan.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/12/Turkiye-Saglikli-Yaslanma-Eylem-Plani-ve-Uygulama-Programi-2021-2026.pdf

Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 8(4), 32-43.

Tezel, A. (2017). Sağlıkta eşitsizlikler. Erişim adresi: https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=5059

Tufan, İ. (2023). Yaşlı politikalarının temel yönergeleri. İsmail Tufan (Ed.), *İkinci Türkiye yaşlılık raporu 2023* (s. 1-12) içinde. Ankara: Nobel Yayınevi.

Tuncel, G. ve Uzun, H. (2019). Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal politikalar üzerine bir inceleme. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* 3 (2), 309-334.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (17 Mart 2023). İstatistiklerle yaşlılar, 2022. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667

Yaylagül Korkmaz, N., Aslan, M., Yıldız, N. (2023). Yaşlılık ve eşitsizlik. İsmail Tufan (Ed.), *İkinci Türkiye Yaşlılık Raporu 2023* (s. 247-262) içinde. Ankara: Nobel Yayınevi.

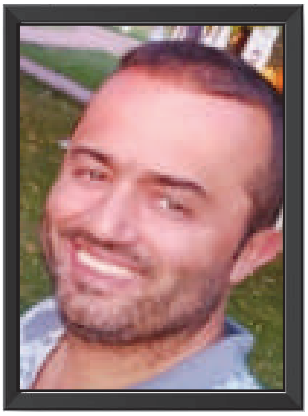
Whitehead, M. (2001). Eşitlik ve sağlık: Kavram ve ilkeler. Türk Tabipleri Birliği. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/esiktlik_saglik.pdf

World Health Organization (WHO). (2021). Health inequities and their causes. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-theircauses

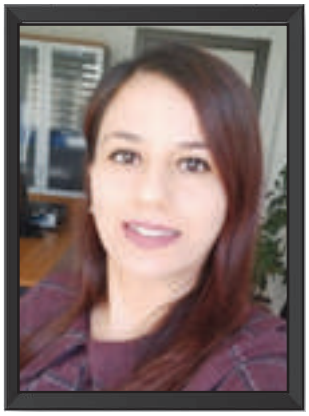
World Health Organization (WHO). (1946). Constitution of the World Health Organization, New York, 22 Temmuz 1946.

World Health Organization (WHO). (2011). Weekly Epidemiological Record, 86 (24). Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER8624

RÖPORTAJ



Alper ÇEVİK**



Elif ÇEVİK*

YAŞLILIK, SAĞLIK VE EŞİTSİZLİK: GERONTOLOJİ PERSPEKTİFİNDEN "60+ TAZELENME ÜNİVERSİTESİ" KURUCUSU PROF. DR. İSMAİL TUFAN İLE SÖYLEŞİ

Çalışma kapsamında, Türkiye'de Gerontoloji Bölümü ve yaşam boyu eğitimi destekleyen ilk üçüncü yaş üniversite modeli olan "60+ Tazelenme Üniversitesi"nin kurucusu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. İsmail Tufan ile Antalya'da 21-22 Kasım 2023 tarihlerinde, Türkiye'deki yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlik konusunda gerçekleştirdiğimiz bilgilendirici bir söyleşiyle alana geniş bir perspektif bakılarak, okuyuculara bu alandaki sorunları anlama ve çözüm önerilerini değerlendirme imkânı sunulmaktadır.

E. Çevik: Hocam, söyleşi teklifimizi kabul ettiğiniz ve değerli bilgileriniz için teşekkür ederiz. Sizi tanıyabilir miyiz?

İ. Tufan: Ben İsmail Tufan. 1961 yılında Mersin'in Tarsus ilçesinde dünyaya geldim. Osnabrück Üniversitesi Vechta Fakültesi Gerontoloji Bölümü'nü bitirdim ve aynı zamanda Almanya Berlin Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Pedagoji Bölümünü okudum. 1996-2000 yılları arasında Berlin Hür Üniversitesi Sosyoloji bölümünde doktoramı tamamladım. 2001 yılında Akdeniz Üniversitesi Sosyoloji bölümünde akademisyen olarak çalışmaya başladım. Psikoloji, psikoterapi ve pedagoji eğitimi aldım. 2006 yılında Akdeniz Üniversitesi bünyesinde Türkiye'nin ilk Gerontoloji Bölümünü kurarak, Gerontoloji Bölümü ve Gerontoloji Anabilim Dalı kurucu başkanlı ve ilk bölüm başkanı olarak görev yaptım. 2018 yılında UMIT Üniversitesi'nde

* Doktora Öğr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İletişim Fakültesi, ORCID: 0000-0002-4728-2450, nazlican95@hotmail.com. ** Yüksek Lisans, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi, ORCID: 0009-0006-3396-2574, alpela06@gmail.com

Prof. Dr. Bernd Seeberger danışmanlığında altı yıllık süreçten sonra habilitasyon (Almanya, Avusturya, Fransa, Lichtenstein, İsviçre ve bazı Doğu Avrupa ülkelerinde, belli bir bilim dalında akademik sınav çerçevesinde profesörlük mertebesinde öğretim verme yetkisine sahip olabilmek için öngörülen en yüksek derecedeki sınav) ile uluslararası profesörlük unvanını aldım. Aydın Nazilli, İzmir, Ordu ve Dinar'da demans ve Alzheimer hastaları için ilk bakım modelini hayata geçirdim. Bu çalışmaların sonucunda Tufan Çark Modeli'ni geliştirdim. Nazilli'de, Türkiye İleri Yaş Araştırma ve Uygulama Merkezi'ni kurdum. TÜBİTAK tarafından desteklenen Türkiye Gerontoloji Atlası araştırmasını yürütmekteyim. 2000 yılından itibaren bir sosyal sorumluluk projesi olarak Tazelenme Üniversitesi projesini geliştirdim. Proje, Türkiye Gerontoloji Atlası (GeroAtlas) araştırmasından elde edilen verilere dayanarak yapılandırılmıştır. Hâlen Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü öğretim üyesiyim.

E. Çevik: Sayın Hocam, sağlıkta eşitsizliğe neden olan faktörleri sormak istiyorum.

İ. Tufan: Sağlıkta eşitsizliğe neden olan faktörler çok çeşitlidir ama bunların arasında başlıcaları ekonomik durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, coğrafi konum, yaş, sosyal sınıf gibi sosyal belirleyiciler yer almaktadır. Bunlar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde ve sağlık durumlarında farklılıklara yol açabilir.

A. Çevik: Size göre sağlıkta mutlak eşitlik kavramı nedir? Açıklayabilir misiniz?

İ. Tufan: Mutlak eşitlik aslında ideal bir kavramdır ve hiçbir alanda ve hiçbir ülkede gerçekleştirilememiştir. Bunu belirttikten sonra sağlıkta mutlak eşitlikten şunu anlıyorum: Her bireyin eşit koşullarda sağlık hizmetlerine erişimine ve eşit sağlık sonuçlarına sahip olması. Bu ideal kavram, herkesin sağlık hizmetlerinden aynı düzeyde faydalanması ve sağlık durumlarının da eşit olması idealine dayanır. Bir ütopiden bahsediyoruz.

E. Çevik: Sağlık alanında sosyal belirleyiciler var mıdır, bunlar nelerdir?

İ. Tufan: Sağlığın sosyal belirleyicileri, bireylerin sağlıklarını etkileyen tüm sosyal ve ekonomik faktörlerdir. Bunlar arasında örneğin gelir düzeyi, eğitim, iş güvencesi, barınma koşulları, beslenme, çevresel etmenler ve sosyal destek gibi çeşitli faktörler bulunur.

A. Çevik: Sağlık hizmetlerinden yaş almış bireyler eşit bir şekilde faydalanabiliyor mu?

İ. Tufan: En azından bunun için çalışılıyor; bu durum ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişebilir. Genel olarak, bazı topluluklar veya ekonomik sınıflar, sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanabilirken, diğerleri daha az faydalanmaktadır. Bu (sosyal) eşitsizlikler, sağlık sistemlerinin yapılarına, politikalara ve kaynak dağılımlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.



Görsel 1. Akdeniz Üniversitesi II. Uluslararası 60+ Tazelenme Üniversitesi ve Gerontoloji Bölümü Öğrenci Kongresi (22 Kasım 2023)

E. Çevik: Değerli Hocam, deprem, salgın hastalıklar, doğal afetler vb. olağanüstü durumlarda yaşlıların sağlık hizmetlerinden faydalanmasında maruz kaldıkları eşitsizlikler sizce nelerdir?

İ. Tufan: Olağanüstü durumlarda (deprem, salgın hastalık, doğal afet, yangın vs.), yaşlı bireyler genellikle daha savunmasızdır ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanmalarını engelleyen çeşitli faktörlere maruz kalmaktadır. Bu faktörler arasında örneğin yerinden edilme, ulaşım zorlukları, acil sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlamalar ve tıbbi malzemelere ulaşım güçlükleri yer almaktadır.

E. Çevik: Sağlık hizmetlerinin yararlanılmasında ve bu hizmetlere ulaşılmasında bölgesel, ulusal ve küresel eşitsizlikler var mıdır, bunlar nelerdir? Size göre sebepleri nelerdir?

İ. Tufan: Bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler olduğu herkes tarafından bilinmektedir. Bölgesel eşitsizlikler, genellikle coğrafi konum ve yerel sağlık altyapısıyla ilgilidir. Ulusal düzeyde eşitsizlikler ülkenin ekonomik ve sosyal koşullarına, sağlık politikalarına ve sistem yapısına bağlıdır. Küresel eşitsizlikler ise ülkeler arasındaki ekonomik ve sosyal farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

A. Çevik: Türkiye'deki sağlık sigortasından (sosyal sigorta, özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası vb.) yaş almış bireyler eşit bir oranda faydalanabiliyorlar mı? Süreç hakkında neler düşünüyorsunuz?

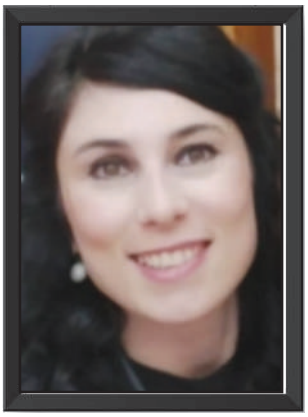
İ. Tufan: Türkiye'deki sağlık sigortası sisteminden faydalanan bireyler arasında eşitlik durumu, sosyal sigorta, özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası gibi farklı sigorta türleri arasında ve sosyal ekonomik gruplar arasında değişebilir. Sistemdeki tasarım, uygulama ve kaynak dağılımı gibi faktörler bu tür eşitsizlikleri etkileyebilir ve artırabilir. Eşitlik durumu genellikle sağlık politikalarının ve sistemlerin nasıl yapılandırıldığına bağlı olarak değişmektedir. Türkiye'nin de bu konularda elbette giderilmesi gereken eksiklikleri vardır ama bunların zamanla önemli ölçüde giderileceği konusunda umutsuz değilim.

Görsel 2. Antalya Necla-Yaşar Duru Gerontoloji Merkezi



DEĞERLENDİRME

YAŞLANMADAN YAŞ ALMAK İÇİN TAZELENME ÜNİVERSİTESİ: YAŞ SADECE BİR SAYIDIR



Gökçen AYDIN AKBUĞA*

Tazelenme Üniversitesi, yaşlılık kavramını sıradanlıktan çıkaran yaşlanma sürecindeki bireyleri sağlık ve sosyal hayata katılım açısından geliştirmeyi amaçlayan sosyal bir eğitim hareketidir. Hayat boyu öğrenme anlayışına güzel bir örnektir. Toplumsal olarak yaşlılık sonu temsil ederken, tazelenme üniversiteleri hayatın son demlerinde taze bir başlangıcı temsil eder. Çünkü hedef kitlesi yaşlılardır. Bu bağlamda Üniversite'nin misyonu da isminde gizlidir. Tazelenme Üniversitesi, yaşlı bireyin hayatını yeniden anlamlandırması, bir umuda tutunarak bir amaç edinmesi ve tüm bunları gerçekleştirirken fiziksel, bilişsel, entelektüel ve psikolojik olarak yenilenmesini hedefler. Aynı zamanda her öğrencimizin yıllardır biriktirdiği bilgiyi, deneyimi ve bakış açısını yeniden topluma sunması için iyi bir fırsat, varlığın anlam bulmasının bir başka ifadesidir. Bilginin kolay ulaşıldığı günümüzde deneyimin bilgiyle buluşmasına vurgu yapan anlamlı bir yoldur.

Yozgat Bozok Üniversitesi'nde Tazelenmenin yolculuğu Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde farklı bölümlerde görev yapan bir grup gönüllü akademisyen, fakültenin dekanı ve bir gönüllü öğrenci ile başladı. Gönüllü akademisyenler tıp, hemşirelik, gerontoloji, sosyal hizmet, fizyoterapi ve ergoterapi bölümlerinde uzman kişilerdi. Bence projenin en güçlü yanı gönüllü ailemizin geniş bir meslek yelpazesinde olup farklı meslek gruplarının da günden güne ailemize katılmasıydı. Projeyi kurgulayan, müfredatı planlayan, eğitimlere destek veren tüm uzmanların ortak bir yönü vardı; empati yeteneği, toplumsal sorumluluk bilinci, değer ve etik bilinci, esneklik ve uyum kabiliyeti…

Gönüllü akademisyenler tarafından Tazelenme Üniversitesi'nin çerçevesi çizildikten sonra Yozgat Bozok Üniversitesi, 31 Ağustos 2023 tarihinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile "Tazelenme Üniversitesi" protokolü imzalayıp onaylandı. Bu tarih itibariyle Tazelenmenin yolculuğu artık resmi bir kimlik kazandı. Üniversitenin açılışı anlamlı bir sempozyumla taçlandırıldı. Uluslararası

* Doç.Dr., Yozgat Bozok Üniversitesi Tazelenme Üniversitesi Koordinatörü, e-mail: gokcen.aydin@yobu.edu.tr, Orcid:0000-0003-3839-7317

işbirliğiyle 2 Ekim 2023 tarihinde Dünya Yaşlılar Günü'ne ithafen düzenlenen "Aktif Yaşlanma Sempozyumu"nda kırmızı kurdele ilk öğrencilerimiz ve projeyi başından itibaren büyük bir ilgi ve destekle yönlendiren Rektörümüz tarafından kesildi.
İlk ders zili 12 Ekim 2023 tarihinde Sağlık Bilimleri Fakültesi dersliklerinde çaldı. Tazelenme öğrencilerine bir oryantasyon programı hazırlanarak, kurumun tarihçesi, misyonu ve temel değerleri, kütüphane, laboratuvar, yemekhane, spor tesisleri gibi kampüste yer alan kaynaklar, müfredat ve program, sosyal ve kültürel etkinlikler ve akademik rehberlik hakkında bilgi verildi.

O gün hafızamdan hiç silinmeyecek bir an yaşadım. İlk ders, saat onda başlayacaktı. Ofisimde öğrenciler için hazırlık yapıyordum. Odamın kapısı çaldı. 74 yaşında bir teyze ofisimden içeri girdi. Soluk soluğa kalmıştı. Rengi bembeyazdı. 'Merhaba kızım, yok pardon hocam, yok yok öğretmenim, uf bilemedim ne diyelim biz size, ilk günden böyle daldım içeri,' diyerek oturdu. Şaşırdım, gülümseyerek bilgisayarın karşısındaki sandalyemden ayrılıp karşısındaki koltuğa geçtim. Ve elini tutarak 'Önce bir nefes al, tanışalım bugün nasıl istersen öyle hitap et, sonra karar veririz çay içer misin? ya da su' dedim. Yaşlı teyze 'Olur, içeyim seni mi kırcam ya da içmesem mi? Uygun olmaz mı? Sen ne dersen onu yapayım' dedi. 'Birlikte içelim çok uygun olur ben her dersten önce bir şeyler içerim' diyerek çaylarımızı söyledim. Çaylarımızı içerken tanıştık. Biraz sakinleştiğini farkedince 'söylemek istediğiniz bir şey var mı yoksa sınıfa mı geçelim' dedim. Bana söylediği sözler bu eğitim seferberliği için sarf ettiğimiz çabanın ilk mükâfatı oldu. 'Gökçen, ismin Gökçen, okudum kapıda, bak hocam ben hep okumak istedim babam izin vermedi, bu okulu duydum oğlum kayıt yaptırdı, bir haftadır uyuyamıyorum heyecandan, komşularım ne okulu bu saatten sonra dediler, inat ettim geldim. Ne anlatırsanız dinleyeceğim, ödevlerimi de yaparım ama korkuyorum hiç okul görmedim ki ben, ya ayıplanacak bir şey yaparsam, uyar sen beni, ama sınıfta değil odana gelirim, tüm derslere sen mi gireceksin? yaparım değil mi, okuyabilirim? Sınıfı da geçerim, sadece okuma yazmam var, ölmezsem devam ederim, heyecanımı mazur gör…'

Tazelenme Üniversitesi olarak Yozgat'ta 55 yaş üstü 31 öğrenci ile kelebeğin dönüşümüne başladık. Eğitim programımızın içerisinde; finansal ekonomi, tarih, biyoloji, farmakoloji, iletişim, yabancı dil, felsefe, yaşlı sağlığı gibi dersler, fiziksel aktivite, zekâ ve akıl oyun atölyeleri, teknik geziler, toplu yemekler, doğa yürüyüşü ve çeşitli sanatsal aktiviteler, gönüllük çalışmaları yer aldı. Öğrenciler 2 yıl öğrenim gördükten sonra mezun olacaklar.

Bu sosyal sorumluluk projesinde, her köşede karşımıza çıkan gizli kahramanlar bulunuyor. Bu özel kişilerden bahsetmek istiyorum. Aslında bu kahramanlar, projeyi uluslararası platformda yürütmemizi de yardımcı oldu.

Sevgili hocam Doç. Dr. İbrahim YERDEN, bu hayalin izinde bize her zaman destek olan ve Yozgat'a duyduğu sevgi ile emeğini asla esirgemeyen yolculuğumuzun en kıymetli yol arkadaşı...

Yozgat sevdalısı diğer bir destekçimiz ise Hollanda Yozgatlılar Federasyonu yönetim kurulu ve değerli üyeleri…

Son olarak yazımı bir metaforla tamamlamak istiyorum. Tazelenmenin yolculuğunu zihnimde kelebeğin dönüşümüne benzetiyorum.

Sayın hocamız Prof. Dr. Türker Kılıç'ın bahsettiği gibi; Tırtıl olmak sadece biyolojik olarak yaşamak ve ölmek anlamına geliyor. Kozanın kabuğunu kırabilme cesaretini gösterenler, içinde bilgelik, hayalcilik barındıranlar ve yeniliğe açık olanlar kelebek olabiliyor. Çünkü kelebek olmak devrimsel bir tercih.

İşte Tazelenme öğrencileri kozasından çıkıp kanatlarını hayata açıyor. Yolumuz açık, kanatlarımız rengârenk olsun…
Yol arkadaşlarıma ve öğrencilerime sevgilerle…

BİR ÖĞRENCİNİN GÖZÜNDE TAZELENME ÜNİVERSİTESİ



Durak KOÇAK

"Bozok Üniversitesi bünyesinde bir bölüm açılacak, buraya kaydolur musun?" diye sevgili İbrahim Yerden'den bir öneri gelince kafamda birçok soru oluşmuştu. Orta yaşlı insanlara yönelik olacak, denilse de elli-altmış yaş arasında olanların katıldığını gördüm.

Bozok Üniversitesi'nde düzenlenen "Gerantoloji Sempozyumu"nda kafama takılan soruların birçoğu karşılığını buldu. Akdeniz Üniversitesi'nden gelen bir grupla tanıştık bu sempozyumda. Bizim Bahadın'dan geldiğimizi duyunca gözleri parladı. Tazelenme Üniversitesi'nde derslere katıldıklarını, yüksek lisans yaptıklarını, çok yararlandıklarını, bu eğitim sonrasında yaşama bakışlarının olumlu yönde değiştiğini, mümkünse bu eğitime herkesi dahil etmenin gerektiğini anlatmaları bizi ikna etmeye yetti.

Nasıl bir ders işlenecekti? Okulda bizi neler bekliyordu? Kuru, teorik bir anlatım mı bizi bekliyordu? Yaşantımıza dair neler anlatacaklardı? Okula yeni başlayan çocuklar gibi merak ve heyecan içinde gittik üniversiteye.

Daha ilk derste, hepimizi anlattıklarının içine çeken bir sıcaklıkla karşılaştık. Bir ders değil de keyifli bir söyleşi havasında ilerliyorduk. Böylesi bir ders akışından hocalar da biz de çok hoşnuttuk. Hocalarımız, bizim şevkimizi diğer öğrencilerine örnek gösteriyorlarmış. Derslerdeki içten söyleşilerimiz, sınıf arkadaşlığımızı da etkiledi ve birçok yeni arkadaşımız oldu. Onlarla da güzel kaynaşmalar, fikir alış verişlerimiz oldu. İlk günlerdeki soğuk, mesafeli duruşlar ortadan kalktı. Herkesin keyif aldığı bir eğitim ortamı oluştu.

"Yaş bir rakamdan ibarettir," görüşünden hareketle temel sağlık bilgileri, sosyo-kültürel içerikli program izleniyor burada. Her yaşın kendine özgü güzellikleri olduğunun farkında olunması, aktif yaşlanma sayesinde mutlu, sağlıklı bir yaşlanma dönemi geçirilmesi hedefleniyor.

Dört dönem olarak planlanan eğitimin birinci dönemini bitirdik. İkinci dönemde hangi konulara değinmek gerektiğini hocalarımızla birlikte masaya yatırdık. Önerilerimizin dikkate alınması ikinci dönem derslerimizin daha katılımlı, daha zevkli olacağını gösteriyor.

Bu güzel projeyi düşünen, yaşama geçiren, emek veren, maddi manevi destek sunan herkese sonsuz teşekkürlerimle.



DERLEME

HOLLANDALI KURUM TEMSİLCİLERİ VE UZMANLARLA BAHADIN YAŞLI BAKIM MODELİNİ YERİNDE ZİYARET



Dr. İbrahim YERDEN*



Hollandalı Uzmanlar Bahadın Yaşlı Bakım Merkezinde

10 kişiden oluşan Hollandalı uzmanlar grubu, Bahadın Yaşlı Bakım modelini yerinde gözlemlemek için 5 günlük (29 Eylül - 4 Ekim 2023) ziyarette bulundular. Çalışma ekibi farklı kurum temsilcilerinden oluşmaktaydı. Birbirlerini tanımayan grubun tek ortak noktası "yaşlılık" konusuydu. Yaşlılığı farklı disiplinlerden ve perspektiflerden irdeleyen çalışma ekibi hocalar, gerontologlar, konut sektörü, yaşlı bakım evleri ve sivil toplum kurumlarının temsilcileri gibi uzmanlardan oluşmaktaydı.

Hollanda'da 2023 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %20,2 olduğu belirlenmiştir. 2040 yılında bu nüfusun %40 olacağı düşünülmektedir.

Hollanda çok kültürlü ve yoğun göç alan ülkeler arasında yer almaktadır. Bahadın'dan Hollanda'ya göç 1960'lı yıllarda başladı. Yozgat yöresinde Bahadın Avrupa'ya en fazla göç veren kasabadır. Her evden mutlaka bir veya birden fazla insan Avrupa'da yaşamaktadır. Bundan dolayıdır ki Bahadın Avrupalı kasabası olarak bilinir. Bir dönemin genç kuşağı artık bugünün yaşlı kuşağını oluşturmaktadır. Yaşlanan bu kuşak Avrupa'dan Bahadın'a dönmekte veya yılın belirli aylarında Avrupa'da; belirli aylarında kasabada yaşamaktadır. Bu yeni yaşam biçimi "Transnationaal (uluslararası) yaşam" diye adlandırılmaktadır. Bahadın Yaşlı Bakım modeli bu anlamda Hollandalı uzmanların ilgi odağını oluşturmaktadır. Göç ve yaşlılık, yaşlanma ve konut, yaşlanma ve bakım, aktif yaşlanma, medikal ve aktif bakım, sistemli mi yoksa yaşlı odaklı bir bakım mı gibi konular temsilcilerin ilgi alanlarıydı.

"Bahadın modeli Hollanda'nın yanı sıra Fas veya Surinam gibi göç veren ülkeler için de bir örnek oluşturabilir mi? Hollanda hükümetinden, sağlık hizmeti ve sağlık sigortalarından neler beklenebilir?" gibi sorular da katılımcıların odağındaydı.

Program genel olarak "Bahadın Yaşlı Bakım modelini yerinde gözlemlemek" üzerine oluşturulmuştu. Yaşlılık ve yasal politikalar konusunda genel bir düşünce edinmek açısından yöredeki farklı yaşlı bakım ku-

* Dr, Amsterdam Ün. kültürel antrpolog, Bahadın Yaşlanma Vakfı kurucularından

rumlarını ziyaretler de program kapsamına alındı.

1 Ekim Hollandalı uzmanlar Bahadın Yaşlı Bakım Merkezinde 1 Dünya Yaşlılar Günü Bahadın'da uluslararası katılımcılarla birlikte kutlandı. Daha sonra Yozgat Bozok Üniversitesi'nin ev sahipliğini yaptığı uluslararası seminerde yaşlılık, medikal ve aktif yaşlanma, "Transnationaal yaşam" gibi konular irdelendi. Aynı gün yaşlılar için "Tazelenme Üniversitesi"nin açılışı da yapıldı.

Transnationaal yaşam ve aktif yaşlanma

Hollandalı uzmanların merak ettiği 60'lı ve 80'li yıllarda Avrupa'ya işçi olarak giden yaşlılarla görüşmekti. Bir dönemin gençleri artık bugünün yaşlıları. Yıllarca Avrupa'da çalışmışlar ve yaşlılık süreçlerinde tekrar doğdukları topraklara dönmüşler veya yılın belli aylarını kasabada belli aylarını da Avrupa'da geçirmekteler. Yaşlı Bakım Merkezinde Almanya, Fransa ve Hollanda'dan yaşlılarımız var.

Hollandalı uzmanlar yaşlılar için yeni bir yaşam biçimi olan Transnationaal ve aktif yaşlanma konusundaki deneyimlerini Avrupa'nın farklı ülkelerinden gelen yaşlılarla bire bir görüşmeler yaparak bilgiler aldılar. Yaşlı Bakım Merkezinde ikâmet eden yaşlılarımız için de güzel bir karşılaşma oldu. Yaşlılarımız Hollandalı uzmanların kendilerini yerinde ziyaret edeceklerini hiçbir şekilde hayal edememişlerdi. Hollandalı uzmanlara yaşantılarını anlatırken büyük keyif aldılar. Konuşmalarını genel olarak Türkçe yaptılar fakat öğrendikleri Fransızca, Almanca ve Hollandaca kelimeleri de sürekli cümleleri arasına sıkıştırmayı ihmal etmediler. Onlarla yakından ilgilenip çay ve yemek ikram ederek misafirperverliklerini gösterdiler. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü kutlamalarında Hollandalı uzmanlarla dans etmeleri ayrı bir mutluluk oldu.

Uzmanlar yaşlılara yönelik özenle dizayn edilmiş tek ve iki kişilik odaları, mutfağı, banyo ve tuvalet gibi yerleri gözlemlediler. Oturma odasında rahat bir atmosfer vardı: Bazı Alzheimer olan yaşlılar, oldukça aktif olan diğer yaşlı insanlarla birlikte aynı ortamı paylaşıyorlardı. Bunun olumlu bir yöntem olduğunu vurguladılar. Avrupa'daki yaşlı bakım kurumlarında genelde yaşlılar hastalıklarına göre ayrı ayrı yerlerde tutulmaktalar.

Yaşlılar mutfağa yemek pişirmede yardımcı oluyorlar. Hemşireler için ayrı bir oda ve burada yaşlılar için uyarlanmış eczane dolabı vardı. Yaşlıların Bahadın Yaşlı Bakım Merkezi hobi bahçesi sağlığı ve bakımı konusunda hemşireler ile düşünce alışverişinde bulundular. Yaşlı Bakım Merkezinde her gün yaşlıların tansiyonları ölçülüyor. Bu uygulama yaşlılar için olumlu mu olumsuz mu tartışması yapıldı. Her gün kontrol yaşlının hasta olduğu duygusunu geliştirir. Diğer bir düşünce ise tam tersine yaşlı için ilgi ve sağlık konusunda güvence olabilir tartışmaları yapıldı. Hobi bahçesi ve bahçede hayvanların olmasının önemli bir özellik olduğu vurgulandı. Hobi bahçesi yaşanılabilir bir ortamın göstergelerinden biridir.

Uzmanlar, Bakım Merkezindeki yaşlılarla sohbetlerden sonra, evde bakım ve esnek bakım alan yaşlıları yerinde ziyaret ettiler.



Anılar Müzesi

Bahadın Yaşlı Bakım Merkezi 7 dönümlük bir alanda kurulmuştur. Kasaba halkı ve dışarıdan gelenler yaşlıları sürekli ziyaret edebilmekteler. Çevre dizaynı aktif ve mutlu yaşlanmayı sağlamada önemli bir noktadır. Yaşlılarımız için dinlenme yerleri, hobi bahçesi ve gezi yolları gibi düzenlemeler bulunmaktadır. Bahçede kasaba halkının (kadın ve erkeklerin) kullandıkları el işleri, çalışma aletleri gibi araç ve gereçlerden oluşan "anılar müzesi" vardır.

Anılar müzesi tarihi bir geleneği yeni kuşaklara aktarmanın yanında; yaşlılarımızın geçmişleri ile bağ kurmasında önemli bir etkendir. İnsanlar yaşlandıkça güncel yaşamdan ziyade geçmişlerine yönelirler. Anılar müzesi aynı zamanda demans hastaları için de iyi bir terapi çalışmasıdır. Yan taraftaki fotoğrafta görüldüğü gibi Yaşlı Bakım Merkezinde ikâmet eden yaşlı teyze ziyaretçilere gençliğinde çanak peynirini nasıl yaptığını anlatmaktadır. Koyunların sütünü sağdıktan sonra hangi aşamalardan geçtikten sonra yenilebilinir bir peynire dönüştüğünü açıklamaktadır.



Bahadın Yaşlı Bakım Merkezi Anılar Müzesi

International Day of Older Persons

Dünya Yaşlılar Günü her yıl 1 Ekim'de kutlanan özel bir gündür. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 14 Aralık 1990'da oybirliği ile 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü olarak kabul edilmiştir. İlk olarak 1 Ekim 1991'de kutlanmıştır.

Kasabada geleneksel olarak her yıl dünya yaşlılar günü kutlaması yapılmaktadır. Bu sene dünya yaşlılar günü kutlamasının ikincisi organize edildi. Dünya yaşlılar günü kutlamasına kasaba halkının ilgisi oldukça büyük. Kasaba halkı yaşlısı ve genci ile kutlamalara katıldı. Hollanda'dan gelen ziyaretçilerle birlikte coşkulu bir kutlama yapıldı: Farklı kültürel etkinliklerin sergilendiği, birbirinden güzel farklı yörelerin dans ekiplerinin yer aldığı kutlama kapsamında yerel sanatçılar da türküler seslendirdi ve günün içeriğine yönelik konuşmalar yapıldı. Kutlama davul zurna eşliğinde halaylar çekilerek sona erdi.

Bakım kurumlarını ziyaret

Kayseri'de ikisi yaşlılara yönelik ve biri de ortopedik çocuk merkezi/rehabilitasyon olmak üzere üç farklı bakım hizmeti sunan kurum ziyaret edildi. Bu üç bakım kurumu belediye tarafından kurulmuştur ve finansı da belediye tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle Bahadın Yaşlı Bakım Merkezinde 1 Ekim kutlamalarından görüntüler politikaları açısından belediyeye bağlıdır. 200 kişilik kapasitesi olan Yaşlı Bakım Evinde toplam 86 yaşlı yaşamaktadır ve bunların 28'i kadın, 58'i erkektir. Ayrıca 48 personel çalışmaktadır. Bir psikolog ve 6 hemşire de görev yapmaktadır.

Yaşlı Bakım Evi müdürü bakım kurumunun nasıl çalıştığı konusunda genel bir bilgi verdikten sonra 5 katlı olan binayı gezdik. Binanın girişinde büyük bir çit var ve kapı güvenliğinden sonra içeriye girebiliyorsun. Müdür yaşlıların burada bağımsız ve mutlu bir yaşam sürdürdüklerini anlattı. Çalışan personelin görev dağılımını cinsiyet üzerinden yapmaktalar: Kadın yaşlılar için kadın, erkekler yaşlılar için erkek görevliler hizmet sunmaktalar.



Bahadın Yaşlı Bakım Merkezi anılar müzesi Bahadın Yaşlı Bakım Merkezinde 1 Ekim kutlamalarından görüntüler



Bahadın Yaşlı Bakım Merkezi anılar müzesi Bahadın Yaşlı Bakım Merkezinde 1 Ekim kutlamalarından görüntüler

Yaşlılar belirli bir sisteme göre binaya yerleştirilmişler: kadın ve erkeklerin kaldıkları yerler; koridorlar biçiminde birbirinden ayrılmışlar. Ortak alanlar, koridorlar, sosyal kültürel faaliyetlerin yapıldığı yerler yine aynı şekilde cinsiyet üzerinden dizayn edilmiş. Bina içerisinde bir mescit bulunmakta. Katılımcılardan farklı inanç gruplarına mensup olanlar için de yeriniz var mı sorusuna; farklı inanç ve etnik gruba mensup yaşlılar için ayrı bir düzenlemenin söz konusu olmadığı cevabı verildi. Bina içerisinde yaşlılarla konuşmak istedik ama genelde yaşlılar görevliler tarafından uzak tutuldular veya engellendiler.

Yine aynı şekilde 65 yaş ve üstü yaşlılar için belediye tarafından kurulmuş "Gündüz Merkezi" ziyaret edildi. Belediye merkezde ne olacağını ya da ne olmaması gerektiği konusunda belirleyici bir rol oynamakta. Gündüz Merkezine günde yaklaşık 50 sağlıklı yaşlı geliyor. Merkez 25 personel ile hizmet veriyor. Buraya gelen yaşlılar sosyal-kültürel aktiviteler, egzersizler, el sanatları gibi faaliyetlere katılıyorlar. Faaliyetler, biri erkeklere diğeri kadınlara yönelik olmak üzere iki farklı lokasyondan oluşuyor. Bazen kadın ve erkeklerin katıldığı ortak faaliyetler de organize ediliyor. Ayrıca evde bakım ziyaretleri de yapılıyor (yaklaşık 180 aile).

Bozok Üniversitesi'nde aktif yaşlanma konferansı

Yozgat Bozok Üniversitesi, (Hollanda) Saxion Üniversitesi ve Bahadın Yaşlanma Vakfı'nın ortaklaşa organize ettiği uluslararası "Aktif Yaşlanma Konferansı"na 800 kişi katıldı.

Açılış konuşmasını Rektör Prof. Dr. Evren Yaşar'ın yaptığı konferans, Hollanda ve Türkiye'den hocalar ve uzmanların konuşmaları ile devam etti. Prof. Dr. Hans Becker mutluluk odaklı yaşlanma konusunda, Dr. Yvonne Kerkhof Hollanda'nın Deventer şehrinde yaşayan Türk yaşlıları üzerinde yaptığı araştırmanın sonuçları konusunda sunum yaptı. Demanslı yaşlılar üzerindeki araştırmanın niteliksel ve niceliksel sonuçları üzerinde açıklamalarda bulundu.



2 Ekim 2023 Aktif Yaşlanma konferansına katılanlar

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Mustafa Fatih Erkoç, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte "aktif ve sağlıklı yaşlanma" kavramının ortaya çıktığını söyledi. Prof. Dr. Erkoç konuşmasını şöyle sürdürdü: "Aktif ve sağlıklı yaşlanma anlayışının geliştirilmesi için bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarının yapılması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaşlılara yaşam boyu öğrenme fırsatlarının sağlanması önemlidir. Bu bağlamda Tazelenme Üniversitesinin açılışı oldukça önemli." "Tazeleme üniversitesi" ilk olarak 1973 yılında Fransa'da ortaya çıktı. Tazelenme Üniversitesi literatürde İngiliz Modeli olarak bilinir ve 1981 yılında

Cambridge'de kurulmuştur. Türkiye'deki Tazelenme Üniversitesi, 2000 yılından bu yana yürütülen Türkiye Gerontoloji (GeroAtlas) Projesi çerçevesinde kurulmuş ve bu bağlamda Antalya Akdeniz Üniversitesi'nde 2016 yılında Prof. Dr. İsmail Tufan'ın öncülüğünde gerçekleşmiştir. Bugün (2 Ekim 2023)

Tazelenme Üniversitesi Bozok Üniversitesi'nde, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin sorumluluğunda açılışını yaptı.

2023-2024 eğitim-öğretim yılının ilk açılış gününde üniversitenin rektörü Prof. Dr. Evren Yaşar, Tazelenme Üniversitesi'nin açılışıyla birlikte Aktif Yaşlanma konferansını düzenlemekten mutluluk duyduğunu söyledi. Prof. Dr. Evren Yaşar, bu tür konferans, panel ve sempozyumların öğrencilerin gelişimi ve toplumun dönüşümü açısından önemine vurgu yaparak, bu sempozyum aracılığıyla toplumsal bir soruna değindiklerini belirtti.



Tazelenme Üniversitesi Açılışı

Dünya genelinde yaşlı nüfusun arttığına dikkat çeken Prof. Dr. Evren Yaşar şunları söyledi: "Yozgat'ın nüfusunda bu artış yüzde 40'a ulaştı. Bu bağlamda; yaşadığımız toplumun ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşlılarımızın erken emeklilik nedeniyle izole oldukları durumdan yeniden topluma kazandırılması için böyle bir konferansın düzenlenmesi çok önemli. Aktif Yaşlanma konferansının sonuçlarını Tazelenme Üniversitesi, Tıp ve Sağlık Bilimleri Fakültelerimiz ile yakın gelecekte toplumumuz için neler yapabileceğimizi tartışacağız. Zincirin Tıp ve Sağlık Bilimleri fakültelerini de kapsayacak şekilde genişletilmesiyle üniversitenin temel dinamikleri toplum yararına güçlendirilebilir. Tüm büyüklerimizi ve Yozgat değerlerimizi bu sürece dahil etmek ve onların deneyimlerinden faydalanmak için elimizden geleni yapacağız.

Tazelenme Üniversitesi ile büyüklerimizi hatırlamak ve onlara sosyal anlamda toplumsal değerlerimizi artıracak şekilde rehberlik etmek veya onlardan faydalanmamız için çok önemli. Bu süreç Tazelenme Üniversitesi ile hepimizin yenilenmesine katkı sağlayacaktır. Konferansın düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ediyorum."

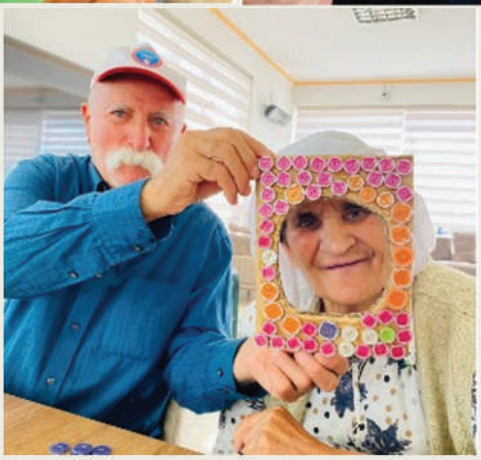


Hollandalı Heyet Organizasyon Komitesiyle

Sonuç olarak Hollandalı uzmanların Bahadın Yaşlı Bakım modelini yerinde ziyaretleri öğreticiydi. Göçün kırsaldan Avrupa'ya 60. yıldönümünde yeni bir içerik kazandı. Avrupa'da yaşlanan kuşak yaşlılık dönemlerini senenin belirli aylarını kasabada; belirli aylarında Avrupa'da yaşıyorlar. Bu yeni süreci "Transnationaal yaşam" olarak adlandırıyoruz. Yaşlıyı merkezine koyan, aktif ve mutlu yaşam bakış açısı üzerine inşa edilen Bahadın Yaşlı Bakım modeli artık bir düşünce değil pratikte uygulanan bir yere dönüştü. Türkiye'de yaşlılık sürecine yeni bir perspektif sunmakta. Yapılan ziyaretler ve gözlemler sonucu edindiğimiz deneyimlere göre Türkiye'de yaşlılara ağırlıklı olarak medikal bakım uygulanmaktadır. Bahadın Yaşlı Bakım modelinde yaşlıyı merkezine koyan bakım sistemi uygulanmaktadır. Türkiye genelinde uygulanan veya uygulanmak istenen yaşlılara yönelik bakım cinsiyet üzerinden geliştirilmiş bakım sistemidir.








BAĞIŞ KUTUSU
bahadır
TOMBALA





