

EGE TIP DERGİSİ

Ege Journal of Medicine

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Resmi Yayın Organıdır.
Official Publication of Ege University Faculty of Medicine.

Cilt / Volume: 55

Ek Sayı / Supplement

Eylül / September 2016

Sayfa / Pages: 1-52

Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine

Editör / Editor

Ufuk ÇAĞIRICI

Editör Yardımcıları / Associate Editors

Özen KAÇMAZ BAŞOĞLU

Okan BİLGE

Raika DURUSOY

Oğuz GÖZEN

Misafir Editör / Guest Editor

Sibel ÜLKER GÖKSEL

Yayın Kurulu / Publication Committee

Ayşegül AKGÜN

Ali BAŞÇI

Semra KARAMAN

Ayşenur OKTAY

Hasan TEKGÜL

Altuğ YAVAŞOĞLU

Biyoistatistik Uzmanları / Biostatisticians

Timur KÖSE

Mehmet N. ORMAN

Uluslararası Editör ve Danışma Kurulu / International Editorial & Advisory Board

Juzar ALI, *Pulmonary Medicine, USA*

Jose Antonio KARAM, *Urology, USA*

Mustafa ÇIKIRIKÇIOĞLU, *Cardiovascular Surgery, CH*

Eduardo Weruaga PRIETO, *Neuroscience, ES*

Pınar COŞKUN, *Neuroscience, USA*

Ömer ŞENBAKLAVACI, *Thoracic Surgery, UK*

Volkan COŞKUN, *Neuroscience, USA*

Radu Ioan TUTUIAN, *Internal Medicine, CH*

Stephen KANTROW, *Pulmonary Medicine, USA*

Utku YAVUZ, *Biophysics, DE*

Yazışma Adresi / Address for Correspondence

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yayın Bürosu

Bornova 35100, İzmir, Türkiye

Tel : +90 232 390 31 03

Faks / Fax : +90 232 342 21 42

E-posta / E-mail : editor@egetipdergisi.com.tr

Web adresi / URL : www.egetipdergisi.com.tr

Ege Tıp Dergisi, yılda 4 sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) yayımlanır.

Ege Journal of Medicine is published 4 times (March, June, September, December) per year.

TÜBİTAK, ULAKBİM (Türk Tıp Dizini), Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus ve HINARI tarafından taranmaktadır.
Indexed in TÜBİTAK, ULAKBİM (Turkish Medical Sciences Index), Türkiye Citation Index, Index Copernicus and HINARI.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No: 18679

Baskı

Ege Üniversitesi Basımevi
Bornova - İZMİR

Baskı Tarihi

Eylül 2016

Ege Tıp Dergisi yıllık abone creti 28 TL, tek sayı bedeli 7 TL'dir. Abone ve tek sayı istekleri için
editor@egetipdergisi.com.tr adresine mesaj gönderilmesi veya
0 232 390 3103 - 0 232 390 3186 numaralı telefona bildirilmesi gerekmektedir.

İÇİNDEKİLER
(CONTENTS)

Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış

Aging, individual and society: A sociological view on aging

Aylin Nazlı

1

Yaşlı sağlığının sosyal belirleyicileri

Social determinants of health among older people

Aliye Mandıracıoğlu

6

Yaşlı sağlığı ve sosyal politikalarda kamusal destek ne durumda? Türkiye ve dünyada mevcut durum

What is the situation in public support for elderly health and social policies? The situation for Turkey and the world

Işıl Ergin

12

Yaşlıda ruh sağlığını koruma-pozitif psikoloji ve müdahale yöntemleri

Protecting mental health in the elderly-positive psychology and intervention methods

Melis Öztürk

19

Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı

Technology usage in older ages

Süleyman Kıvanç Ekici Özgür Gümüş

26

Yaşlı (kişiler) ile etkili iletişim

Effective communication with elderly (people)

Ayşen Temel Eğinli

31

Yaşlılıkta cinsellik

Sexuality in elderly

Mihriban Ören Rukiye Kızıltepe Banu Çengelci Özkes

38

Düzeltilme: Geriatriye ileri direktifler

Erratum: Advance directive in geriatrics

Çiçek Fadiloğlu Fisun Şenuzun Aykar

45

Editöre mektup

Letter to the editor

Fisun Şenuzun Aykar

52

Değerli Okuyucu,

Ülkemiz, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'yle kıyaslandığında daha genç bir nüfusa sahiptir. Ancak ileriye dönük tahminler, yakın bir gelecekte Türkiye'de hızla yaşlanan nüfusun sağlık alanında olduğu gibi sosyal alanda da taleplerinin artacağını öngörmektedir. Bu nedenle yaşlılıkta gözlenen tıbbi sorunlar ve bunların tedavisiyle ilgilenen "geriatri bilimi" yanında; yaşlılığın demografik değişimi, yaşlının psikolojik açıdan incelenmesi ve yaşlılıkta aile yaşamı ve yaşlının sosyal çevreye uyumu gibi konularla ilgilenen "Gerontoloji Bilimi"ne de çok iş düşmektedir.

Ege Tıp Dergisi Geriatri Ek Sayısı'nın teması geçen yıl "*Yaşlılara Yönelik Koruyucu Yaklaşımlar*" olarak belirlenmiştir ve oldukça kapsamlı olan bu konunun medikal ve psiko-sosyal korunmayı ayrı ayrı vurgulayacak şekilde iki sayı halinde yayınlanması uygun bulunmuştur. Haziran-2015'de yayınlanan ilk sayıda "*Medikal Korunma*" konusu işlenmiştir. Bu sayıyı izleyen Eylül 2016 sayısında ise "Psiko-sosyal Korunma" başlığı altında; yaşlanmaya sosyolojik bakış, yaşlılığın sosyal belirteçleri, yaşlı sağlığı ve sosyal politikalar, ruh sağlığının korunması, yaşlılıkta teknolojinin kullanımı, yaşlı kişilerle etkili iletişim ve yaşlıda cinsellik gibi konular incelenmektedir.

Bu sayının kapak fotoğrafı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı'ndan Sağlık Teknikeri Erdiç Yılmaz tarafından çekilmiştir, kendisine katkılarından ötürü teşekkür ederim. Ayrıca bu sayıda katkıda bulunan tüm yazarlara teşekkür ediyor; ek sayının, yaşlılık alanına ve yaşlılarda psiko-sosyal korunma konusuna ilgi duyan tüm özel ve tüzel kişilere yol gösterici ve yararlı bir kaynak olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Sibel Ülker Göksel
Geriatri Ek Sayısı Misafir Editörü
Eylül 2016

Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış

Aging, individual and society: A sociological view on aging

Aylin Nazlı

Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, İzmir

Öz

Yaş, biyolojik bir kategori olduğu kadar sosyal bir kategoridir. Bireyin sosyal bir varlık olması ve toplum denilen sosyal bir ortamda yaşıyor olmasından dolayı yaşlanma, sosyal bir içeriğe de sahiptir. Bu sosyal içeriği oluşturan faktörler, yaşlanmayı sosyal bir olguya dönüştürmektedir. Sosyoloji, yaşlanmaya sosyolojik bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Sosyolojik açıdan yaşlanma olgusu, sosyal bir bağlam içinde, bireyi ve toplumu içeren sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörlerle iç içelik sergilemektedir. Bu yazının amacı ise yaşlılık olgusunun sosyal içeriğini, bireysel ve toplumsal düzlemler temelinde, sistematik bir biçimde açıklamak ve yaşlanmanın sosyolojik içeriğini yaşlılık olgusu temelinde ortaya koymaktır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanma, toplum, bireysel yaşlanma, toplumsal yaşlanma, sosyolojik bakış.

Abstract

Age is a social category as much as it is a biological category. Aging also has a social content, for an individual is a social being and lives in a social environment called the society. The factors which constitute this social content turn aging into a social phenomenon. Sociology approaches aging from a sociological perspective. Sociologically, the phenomenon of aging is intertwined with the sociocultural and socio-economic factors including the individual and the society in a social context. This paper aims to systematically elucidate the social content of the phenomenon of agedness on the basis of individual and social planes and to present the sociological content of aging on the basis of the phenomenon of agedness.

Keywords: Aging, society, individual aging, social aging, sociological view.

Giriş

21. yüzyılın en önemli demografik olgularından birisi, yaşlanmadır. Öncelikle gelişmiş toplumlarda görülen, yakın gelecekte de gelişmekte olan toplumlarda kendini gösterecek olan yaşlanma olgusu, insanların daha uzun yaşaması, doğum oranlarının azalması ve dolayısıyla yaşlı nüfusun oransal artışı olarak kendini belli etmektedir. Nüfusun yaşlanması ise ekonomi, aile, sağlık ve sosyal güvenlik vb. gibi toplumun birçok alanını etkilemektedir. Yaşlanma, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur (1).

Yaşlanma, istinasız bütün canlılarda oluşan ve o canlı türüne özgü, belirli bir dönem sonunda ölüme sonuçlanan, normal fizyolojik bir süreçtir (2).

Bireyin biyolojik yaşam beklentisine, bedeninin organik gelişimine ve 'çöküşüne' işaret eden bu süreç, beraberinde yaşlı bedenini her açıdan kuşatan birçok hastalığı getirdiği için "gerontoloji" kadar "geriatri"nin de önemli bir çalışma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (3-5). Sosyoloji ise yaşlanan bireyin sosyal bir varlık olması ve toplum denilen sosyal bir ortamda yaşıyor olmasından dolayı yaşlanmaya sosyolojik bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Bu bakış açısı altında yaşlanma, sosyal bir içeriğe sahiptir. Bu sosyal içeriği oluşturan faktörler, yaşlanmayı hem birey hem de toplum bazında birçok sosyal faktörle etkileşim içinde olan sosyal bir olguya dönüştürmektedir.

Sosyolojik açıdan yaşlanma olgusu, sosyal bir bağlam içinde bireyi ve toplumu içeren sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörlerle iç içelik sergilemektedir. Yaşlanan birey, bu sosyal faktörlerden bireysel ve toplumsal düzlemlerde doğrudan/dolaylı olarak hem etkilenmektedir.

Yazışma Adresi: Aylin Nazlı

Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü,
Bornova, İzmir

Bu yazının amacı ise yaşlanma olgusunun sosyal içeriğini sistematik bir biçimde açıklamak ve yaşlanmanın sosyolojik içeriğini yaşlanma olgusu temelinde ortaya koymaktır. Belirtilen bu amacı gerçekleştirme ve sosyal içeriği daha net gösterebilme adına "bireysel yaşlanma" ve "toplumsal yaşlanma" olarak iki temel düzlem ayırt edilmiştir. Yaşlanan bireyin sosyal bir varlık oluşu ve bir toplumda yaşıyor olması nedeniyle aslında her iki düzlem birbiriyle çok sıkı bir etkileşim içindedir. Fakat bir olgu olarak ortaya çıkan yaşlılığın sosyal içeriğinin daha iyi görülebilmesi ve açıklanabilmesi için bu tür bir ayrımın daha sistematik olacağı kabul edilmiştir.

1. Bireysel Yaşlanmanın Sosyal İçeriği

Yaşam boyunca oluşan bir bireysel gelişimsel süreci olarak ele alınabilen bireysel yaşlanmanın sosyal içeriğinde, sosyal statü ve rollerin, sosyal ilişkilerin yaşlanma ile olan etkileşimi ve bu süreç içindeki görünümün ön plana çıkmaktadır. Bireyin bir toplum içinde var olması, sosyolojik olarak, onun toplumda üstlendiği sosyal statü ve rolleri aracılığıyla mümkündür. Sosyal roller, bireyin toplum içindeki sosyal işlevlerini yerine getirmesini sağlayan bir tür "yol haritası"dır. Toplum içinde bireyin sosyal rollere sahip olmasındaki kriterlerden biri de yaşıdır. Sosyal rollerin yaşla olan bağlantısı ve içeriği normatiftir. Çoğu toplum, birçok rol ve statüye sahip olmada yaş kriterini getirmekte ve buna performans, cinsiyet, eğitim vb. gibi kriterler de eşlik edebilmektedir. Bebeklikten çocukluğa, ergenlikten yetişkinliğe doğru ilerleme süreci olan yaşam döngüsünde, statüler ve onlarla bağlantılı sosyal ilişkiler ve sosyal sorumluluklarda niceliksel ve niteliksel düzeyde bir artış olmaktadır. Fakat yaşlanmayla birlikte tüm bu sosyal faktörlerde bir düşüş gözlenmekte ve yaşlı birey için bu sosyal durum yaşamdan izole olmaya kadar varan bir görünüme işaret etmektedir. Bu görünüm içinde yaşlanan birey, yeni bir toplumsal statüye (yaşlı) geçmiş ve beraberinde birçok statü ve rol kaybı yaşamaya başlamıştır. Adı geçen bu rol kayıplarından en önemlisi sosyo-ekonomik içerikli olan çalışma/iş rolünün kaybıdır. Gelir getiren bir işte çalışan bireyin yaşlanması, "emeklilik" denilen ekonomik ve sosyal bir olguyu da beraberinde getirmektedir. Emeklilik, bir tür üretim dışı kalmaktır. Bu eşitliğin kurulduğu ve sosyal devlet anlayışının da şekillendiği 1960'lara kadar olan dönem içinde emeklilik, bir devlet politikası olarak kurumsallaşmış ve "çalışan nüfus tarafından bakılmak" anlamına gelen bir içeriğe de sahip olmuştur. Birey açısından bunun ilk getirisi ise gelir kaybı ve yaşam standardının düşmesi gibi ekonomik ve sosyal kayıp ve değişimlerdir (6-8).

Yaşlı statüsüne geçiş ile birlikte çeşitli sosyal rollerin kaybı, bu alanlardaki sosyal ilişki ve etkileşimlerin de zaman içinde kaybına yol açmaktadır. Diğer bir değişle,

bireyin emekli olması, aile üyeleri ve dostların ölüm, hastalık vb. gibi çeşitli nedenlerle azalması, çocukların evlenme, eğitim, çalışma gibi nedenlerle evden ayrılması, sosyal paylaşım alanlarının kaybına neden olmakta ve bireyi yalnızlığa/sosyal izolasyona kadar götürebilmektedir. Yaşlılığın sosyal içeriğinin, tüm bu faktörlerle bağlantılı bir başka görünümü ise yaşlılığın, bir bakım ve muhtaçlık dönemini de içermesidir. Gelir, sosyal sınıf, eğitim, aile gibi sosyal faktörlerin etkisine göre bakım ve muhtaçlık döneminin içeriği değişim gösterebilmektedir. Daha önceleri kimsenin yardımı olmadan kendi bakımını sağlayabilen yaşlının şimdi temel gereksinimleri için başkasına muhtaç hale gelmesi, yaşlının kendisi ve toplum üyeleri tarafından bir prestij kaybı olarak algılanabilmektedir (9).

Bireysel yaşlılığın sosyal içeriği ile ilgili belirtilmesi gereken son bir nokta da yaşlanma olgusu ile karşılıklı bir etkileşimde bulunan sosyal cinsiyet (gender), sosyal sınıf, etnik köken gibi diğer sosyal faktörlerin de göz ardı edilmemesi gerekliliğidir. Yaşlanma üzerinde etkide bulunan bu gibi faktörlerin etkileri ve sonuçları, yaşlılığın aslında homojen değil heterojen içerikli sosyal bir olgu olduğunun da altını çizmektedir (8).

2. Toplumsal Yaşlanmanın Sosyal İçeriği

Bireysel bir olgu olarak algılanan yaşlanmanın sosyal içerikli görünümüleri, her toplumda kendine özgü olarak varlığını sürdürmektedir. Adı geçen bu görünümün, bireyin içinde yaşadığı toplumdan ayrı var olamayacağı gerçeğinden hareketle toplumsal bir boyuta da sahip olduğu kabul edilmektedir. Diğer bir değişle, yaşlanmaya ilişkin var olan ve bireysel düzeyde ortaya çıkan her türlü görünüm, içinde yer aldığı toplumun sahip olduğu ailesel, ekonomik, siyasal, kültürel ve benzeri niteliklerinden etkilenmekte ve yaşlılığa ilişkin çeşitli toplumsal algılar/sosyal anlamlandırmalar ve sosyal görünümün ortaya çıkarmaktadır. Yaşlanmanın toplumla ilgili boyutlarına işaret eden bir kavramsallaştırma olarak 'toplumsal yaşlanma'nın sosyal dinamikleri, iki boyutta karşımıza çıkmaktadır: Yaşlanmaya ilişkin sosyal anlamlandırmalar ve sosyal yaşlanma görünümüleri.

2.1. Yaşlanmaya İlişkin Sosyal Anlamlandırmalar

Yaşlanmaya ilişkin sosyal anlamlandırmalar boyutu, sosyal inşalar aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Bireylerin, içinde yaşadıkları toplumu tanımlama, açıklama ve yorumlama süreci, sosyal insanın içeriğini oluşturmaktadır. Günlük yaşamın sosyal anlamlandırılması, etkileşim içinde bulunan bireylerin, birlikte ortaya koydukları sosyal bir girişimdir. Diğer bir değişle, bireyler ve toplumlar, yaşamlarına ilişkin gerçeklikleri, kendi kültürleri içinde sosyal olarak inşa etmektedirler. Adı geçen birey ve toplum bazlı bu sosyal inşa süreci, kültürel bir çerçeve içinde ve sosyal anlamlandırmalar olarak karşımıza gelmektedir (10). Adı geçen bu sosyal

anlamlandırmalarda, içinde yaşanılan toplumun kültürel değerleri çok etkili olmaktadır. Bu sosyal anlamlandırma süreci; genelde yaşlanma, özelde ise başarılı yaşlanma için de geçerlidir.

Modern Batı toplumları, tıp ve teknoloji desteğiyle, yaşlanma sürecinin olabildiğince ideal ölçütler çerçevesinde gerçekleşmesini sağlamaya ve yaşlanmayı 'başarılı yaşlanma' olarak tanımlanan bir sürece çevirmeye çalışmaktadırlar. Paltmore'a göre, başarılı yaşlanma yaşam memnuniyeti, uzun ömür, engellilikten muafiyet bileşenleri temelinde tanımlanırken, Rowe ve Kahn'a göre ise başarılı yaşlanma hastalık ve engellilikten korunma, yüksek fiziksel ve bilişsel işlevlerin korunması ve toplumsal/üretimsel alanlara dahil olma şeklinde tanımlanmaktadır (11). Başarılı yaşlanmanın içerdiği bileşenler temelinde birçok model ortaya konulmuş olmasına rağmen bu bileşenleri, ortak bir zemin üzerinde bir araya getirmek mümkündür. Baltes ve Baltes, ortak bir zeminde buluşan bu bileşenleri şöyle sıralamaktadır: Yaşamın uzunluğu, biyolojik sağlık, mental sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, bireysel kontrol ve yaşam memnuniyeti (12). Fakat yaşlanmanın özündeki sosyal içerik, başarılı yaşlanma kavramı için de geçerlidir ve bu bileşenlere ilave olarak karşımıza başarılı yaşlanmaya ilişkin sosyal inşalar olarak çıkmaktadır.

"Başarı" kavramına yakından bakıldığında, bu kavramın orijinal içeriğinin kapitalist Batı toplumlarının rekabete ve üretken olmaya dayalı değerlerine işaret eden ve üretken, hasta olmayan elit bir yaşlı grubunu hedef alan bir kavram olduğu görülmektedir. Başarı kavramı içinde üretken olma ve aktif olmaya ilişkin oldukça yoğun bir sosyal/kültürel vurgu vardır ve bu vurgu, modern batı toplumlarının yaşlılığa ilişkin kültürel sosyal inşasının içeriğidir. Başarı ve başarılı kavramıyla yakından ilişkilendirilen üretkenlik ve aktiflik kavramı da kültürel içerikli bir sosyal inşadır. Nitekim Batı toplumlarının kültüründe bir sosyal değer olarak üretken ve başarılı olma, sosyal alanda var olabilmenin önemli koşuludur. Sosyalizasyon süreci içinde genç kuşaklardan başlayarak bu değerler aile, okul gibi temel sosyalizasyon ajanları yardımıyla kazandırılmaktadır. Sosyal bir çevreye sahip olma, herkes tarafından beğenilme, değişime olumlu yaklaşma gibi nitelikler de üretkenlik ve başarıya eşlik eden kültür içindeki diğer önemli sosyal değerler olarak ortaya çıkmakta ve benimsenmektedir (13). Buna ilişkin bir örnek, ABD'de yaşayan ve oraya gençken göç etmiş ABD asıllı Japon yaşlıları ile ABD yaşlıları arasındaki başarılı yaşlanmaya ilişkin tutum karşılaştırma çalışmasıdır. 65+ yaş kuşağındaki iki grubun karşılaştırmasında önemli verilerden bazıları şunlardır: Ölene kadar sağlıklı yaşamayı Japon yaşlıları %92.8 oranında, ABD'li yaşlılar ise %94.9 oranında çok önemli bir unsur olarak görmüşlerdir. Aile ve arkadaşlara sahip olmayı Japon

yaşlılar %85.7, ABD'li yaşlılar %90.2 olarak önemsemişlerdir. İnsanlarla/toplumla birlikte olma oranları %76.9'a %87.5'tir. Yalnızlık ve izole olma duygusu yaşamamaya katılım, %75.1'e %83.5'tir. Yaşlanma ile gelen değişimlere uyum sağlamaya katılım, %76.3'e %83.5'tir. Ölünceye kadar kendi bakımını sağlayabilmeye katılım oranları ise %92.9'a %94.7'dir. Emeklilik döneminde gelir getirici bir işte çalışma ya da gönüllü olarak bir yerde çalışmaya katılım oranları da %43.2'ye %50.2'dir. Yeni şeyler öğrenmeye katılım ise Japon yaşlılarda %62.1, ABD'li yaşlılarda %78.6'dır. Değerlere bakıldığında kültürel bazlı küçük farklılıklar olmakla birlikte Batılı değerleri içinde yaşama ve onları içselleştirmenin etkisi ile başarılı yaşlanmaya ilişkin sosyal inşalarında ABD'li Japon yaşlıları ile ABD'li yaşlıları arasında pek bir fark olmadığı, hemen hemen aynı değerlere sahiplik temelinde yaşlılığı kurguladıkları görülmektedir (14).

Geleneksel kültürlerin ve değerlerin egemen olduğu toplumlarda yapılan çalışmalar ise yukarıda ortaya çıkan bulgulardan daha farklı bir yaşlanma ve başarılı yaşlanma olgusu ve dolayısıyla da sosyal inşası ile karşılaşıldığını göstermiştir. Ortalama yaşam süresinin 85+ olduğu Okinawa'da yapılan bir çalışmada, Okinawalı yaşlı kadınların, "başarılı yaşlanma"yı kendi kültürelilikleri içinde anlamlandırdıklarını ortaya koymuştur. Bu bölgede yaşayan yaşlı kadınların hemen hepsi, "bashi-fu" kumaşı dokumaktadır. Bu dokuma işinde çalışma onları, sosyal yaşamın içinde tutmakta, para kazandırmakta, geleneksel anlamda statü sahibi yapmakta, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır. Geleneksel koruyucusu olarak adlandırılan bu kadınlar için başarılı yaşlanma, bu aktiviteyi yapabilmektir (13).

Tayvan'da yapılan bir çalışmada da yaşlılara "yaşlılığınızda sizin için ideal ve memnuniyet verici unsurların ne olduğunu düşünüyorsunuz?" sorusu sorulmuştur. Bu sorunun yanıtı olarak ortaya çıkan en önemli unsurlar ise ekonomik sıkıntının olmaması ve ekonomik-sosyal güvenliğin olmasıdır. Gençlik ve yetişkinlik dönemlerini ülkenin stabil olmayan ekonomik ve politik yaşamı içinde geçiren yaşlılar, yaşlanma döneminde bunun güvencesini aramaktadırlar. Buna ek olarak ortaya çıkan üçüncü bir unsur da yaşlanma dönemlerinde evlatların ana babaya bakmalarıdır. Çünkü geleneksel olarak Tayvanlı yaşlılar için çocuklar, yaşlanma dönemlerinde ana babalarına bakmakla yükümlüdür. Bu çalışmanın belki de en önemli bulgusu yaşlanma döneminde çalışıyor olmak/para kazanıyor olmanın, bu kültür içinde, yaşlının kendine saygılı ve ona bakacak evlatları ve ailesi olmadığı, onu yüzüstü bıraktıkları anlamına gelmesidir (15).

İsveç'e göç eden İranlı yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada de ilginç bulgulara rastlanmıştır (16). Geleneksel bir kültüre sahip olan İranlı yaşlılar için de, iyi yaşlanma çocukla ile birlikte geçirilen yaşlanmadır. Fakat

İsveç gibi batılı/modern bir kültürün değerlerinin egemen olduğu bir toplumda yaşlı olmak, kendi geleneksel değerlerini korumada ve sürdürmede bir takım sorunlara ve değişimlere de neden olabilmektedir.

“Eğer İnan’da yaşasaydım, iyi bir yaşlılığın, çocuklarımla birlikte yaşlanmakla aynı anlama geldiğini düşünürdüm. Fakat bu günlerde böyle değil artık. İsveç’te durum farklı; birinin ailesine yakın olması, burada önemli değil. Çocukları ile birlikte yaşamamasına rağmen burada bir yaşlı, iyi bir yaşlılığa sahip olabilir..... İnan’da olduğu gibi ölünceye kadar çocuklarımla birlikte yaşamak ideal olurdu, fakat bu bir rüya.. Oğlum bir İsveçli ile evlendi....” (16).

2.2. Sosyal Yaşlanma Görünümleri

Toplumsal yaşlılığın sosyal içeriğinin ikinci boyutu, yaşlanma olgusunun çeşitli toplumsal görünümleridir. Yaşlanan evlilik, gençleşen, tekilleşen, kadınlaşan, tüketen ve kurumlaşan yaşlanma, bu toplumsal yaşlanma görünümünün başlıcalarıdır.

Çocuklarını evlendirip, emekli olduktan sonra son 25-30 yılını birlikte geçiren evli çiftlerin varlığı ile birlikte toplumsal bir kurum olan evliliklerin de “yaşlandığı” yani kendine özgü bir değişim ve dönüşüm içinde olduğu görülmektedir. Yaşlanma ile birlikte aile üyelerinin zaman içinde yaşadığı statü ve otorite kayıpları ile birlikte aile içi rol paylaşımının, aile içi karar alma süreçlerinin, aile geliri üzerindeki kontrolün, çocuklarla olan ilişkilerin, aile içi otoritenin, eşlerin birbirlerinden olan beklentilerin ve evliliğe anlam kazandıran hedef ve amaçların değişimi gündeme gelmektedir (18,19). Adı geçen bu değişimler şunu işaret etmektedir: Yaşlanma olgusu, evlilik/aile düzeninde bir öncekinden farklı bir yapılanma ortaya çıkarmakta ve evliliği de ‘yaşlandırmaktadır’.

Batı toplumlarında sosyal, ekonomik ve tıbbi faktörlerin etkisi altında yaşlıların artan oranı, onları tüketim toplumunun mekanizmaları içine çekerken onlara ilişkin kültürel değerlerin değişimini de getirmiştir. Artık “işe yaramaz yaşlanma” yerine “pozitif yaşlanma” söz konusudur. Pozitif yaşlılığın temsilcileri ise yeni/gençleşen yaşlı grubudur. Eğitim seviyesinin yüksek oluşu, üst kademe meslek ve işlerde çalışmış olmaları, mal varlığı ve çoğaltma imkanlarına sahip olmaları, emeklilik/yaşlanma ile yaşam standartlarında görece bir düşüşün olmaması ve yeni bir yaşam tarzı ile yaşlanma dönemine girmeleri, önemli nitelikleridir. Turistik/kültürel amaçlı seyahat eden, hobi/boş zaman, kültürel/sanatsal aktivitelerine katılan, hatta çeşitli alanlarda hala üretken olabilen bu yeni kuşak yaşlılar, “Unumu eledim, eleğimi astım.” anlayışının tersine, son derece hareketli bir yaşam tarzına sahip görünmektedir. Bunun temel nedeni yeni yaşlılığın kültürel içeriğinde aktivizme, bireyselliğe, gençliğe, fit ve sağlıklı olmaya ilişkin bir sosyal değer vurgusunun bulunmasıdır. Artık yaşlı olsalar da tüketim toplumunun değerleri, onlardan yaşlanmaya karşı

gelmelerini, kendi bedenlerine bakmalarını, sağlıklı yaşam ve dengeli bir şekilde beslenmelerini beklemektedir. “Hissettiğiniz yaştasınız.”, “Yaş sizin aklınızdadır.” gibi söylemler, yaşlılığın, biyolojik bir kategori olmaktan uzaklaşıp, sosyal/kültürel olarak inşa edilen bir kategori olmaya başladığının da bir göstergesidir. Özellikle adı geçen bu grubun içeriğinde “baby boomer” kuşağının olduğu ve bu kuşağın değişen topluma çok daha çabuk ayak uydurması nedeniyle yeni yaşlı kuşağını oluşturdukları belirtilmektedir. Fakat yaşlılığın homojen bir grup olmadığına altını çizerek, adı geçen bu nitelikleri gösterebilme ve değerleri benimsemede, orta ve üst sosyal sınıf yaşlıların olasılığının alt sınıflarinkine göre daha yüksek olduğunu söylemek yerinde olacaktır (20-22).

Yaşlanma açısından bireyselleşme ve tekilleşme süreçleri, kendini yine farklı değer yargıları ve davranışlarda göstermektedir. Bireyselleşme ve tekilleşme, özellikle yeni yaşlı kuşağında, yeni yaşlıların bireysel bağımsız davranma, karar alma, yeni amaçlar/hedefler belirlemeyi işaret ederken, tekilleşme yaşlıların kendi evlerinde (çocuklarından bağımsız) bir çift olarak ya da faklı nedenlerle yalnız kalanların yalnız yaşamaya devam etmelerini içermektedir. Geleneksel geniş aile biçimini ve değerlerinin yerini çekirdek aileye ve değerlerine bıraktığı toplumlarda, bireyselleşme ve tekilleşme süreçlerinin görünür hale gelmesi daha olasılıklıdır. Çekirdek ailenin biçimsel olarak daralması, az çocuk tercihi ve artan boşanma oranları, gelecekte yalnız yaşayacak olan yaşlıların sayısının artacağı yönündeki önemli göstergeler olmaktadır. Bu grubun içinde kadınların özellikle göze çarptığı görülmektedir. Kadınların erkeklerden daha uzun yaşamaları ve sonrasında çalışma yaşamını evlenmeye tercih edenler grubu içinde yaşlı kadınların oranını yükseltmektedir. Bu görünüm yaşlılığın sosyal görünümünden birinin de kadınlaşma olduğunu yani yaşlıların cinsiyet bazında kadınlardan yana bir oran izlediğini ve çeşitli sosyo-kültürel niteliklerin de buna eşlik ettiğini işaret etmektedir (18,23).

1980’ler ve sonrasında neoliberal politikalar, yaşlılığa ilişkin özel emeklilik programlarını devreye sokmuş, devletin yaşlılara yaptığı yardımlar azalmaya başlamıştır. Emekliliğe hazırlanan yaşlılar, artık sigorta sektörünün çok önemli bir müşterisi konumuna gelmişlerdir. Üretim toplumundan tüketim toplumuna geçişle birlikte, aktif üreticiliğin yerini aktif tüketicilik almıştır. Dolayısıyla aktif olma, bir önceki yapıda, üretim üzerinden tanımlanırken artık tüketim üzerinden tanımlanmaktadır. Batı toplumlarında sosyal ve ekonomik ve tıbbi faktörlerin etkisi altında oranı artan yaşlılar, tüketim toplumunun mekanizmalarının içine çekilmektedir. Yaşlılardan modern toplumda, üretim dışı kaldıklarında köşelerine çekilip, onlara verilen emekli aylığı ile geçinmeleri beklenirken şimdi artık tüketim toplumunda aktif

tüketiciler olmaları beklenmektedir. Aktivizm, bireysellik, gençlik, fit, sağlıklı olma vb. gibi kültürel değerlerle desteklenen bu yapı içinde yaşlılar, piyasa koşullarına göre şekillenen turizm, spor, moda vb. gibi alanlarda aktif bir tüketici potansiyeli olarak görülmektedir (24-26).

Yaşlanma, yaşlılık bakımı ve sorunları geçmiş toplumlardan 20.yy.a kadar çoğunlukla bireysel bir sorun olarak değerlendirilmiştir. Fakat günümüz modern toplumlarında yaşlılığın toplumsalla olan bağlantısının fark edilmesi ve toplumların yaşlanmaya başlamaları nedeniyle yaşlanma, bireysellikten uzaklaşarak sosyalleşmeye ve sosyal bir olgu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. 1982 yılında Viyana'da 1. Yaşlılık Asamblesi'nin düzenlenmesi ve sonrasında 1. Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'nın hazırlanması, ekonomik alanda emeklilik politikalarının oluşturulması, sağlık sigortasının ortaya çıkışı, örgütlenmesi, evde bakım hizmetlerinin kurumsal bakım modeline alternatif olarak getirilmesi, ileri yaşlanma ile birlikte yaşlılıkta sağlıklı yaşlanmanın önemine paralel sağlık

hizmetlerinin kurumsallaşması gibi örnekler, günümüzün modern ve yaşlanan toplumlarında, yaşlılığın kurumlaşmasının işaretleri olmaktadır (27,28).

Sonuç olarak, yaşlanmanın biyolojik niteliği yanında toplumsal ve kültürel bir olgu olması, yaşlanma olgusunu bireysel ve toplumsal bir platformda, kendi sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik görünümü ile birlikte var etmektedir. Yaşlanmaya ilişkin bireysel düzeyde ortaya çıkan her türlü görünüm, içinde yer aldığı toplumun ekonomik, siyasal, kültürel vb. her türlü niteliğinden etkilenmekte ve onu toplumsal düzleme taşımaktadır. Bu nedenle de yaşlanma ve yaşlılık hem bireysel hem de toplumsal düzlemde karşımıza çıkmaktadır. Sosyal içeriğe sahip görünümü ise her toplumda kendine özgü olarak varlığını sürdürmektedir. Bu nedenle de yaşlanma, toplumdan topluma benzerlikler ile farklılıklar barındırmakta ve sosyolojik bakışa da ihtiyaç duymaktadır.

Kaynaklar

1. DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı VIII. Yayın No 2741. 2007. [cited May 2015] Available from: <http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>
2. Ersanlı K, Kalkan M. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. 1. Baskı. Ankara:Pegem Akademi Yayıncılık; 2008:3.
3. Birren JE, Binstock RH. Handbook of Aging and Social Sciences. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Publications; 2006:238-40.
4. Morgan LA, Kunkel SR. Aging, Society, and the Life Course. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007:246-50.
5. Ersanlı K, Kalkan M. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. 1. Baskı. Ankara:Pegem Akademi Yayıncılık; 2008:121-50.
6. Tufan İ. Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul:Anahtar Kitaplar; 2003:243-72.
7. Morgan LA, Kunkel SR. Aging, Society, and the Life Course. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007:197-200.
8. Birren JE, Binstock RH. Handbook of Aging and Social Sciences. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Publications; 2006: 95-308.
9. Ersanlı K, Kalkan M. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. 1. Baskı. Ankara:Pegem Akademi Yayıncılık; 2008:68-74.
10. Berger PL, Luckman T. The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. London, England:Penguin Books; 1979:33-42.
11. Phelan EA, Larson EB. Successful aging- where next? J Am Geriatr Soc 2002;50(7):1306-8.
12. Baltes PB, Baltes MM. Successful Aging. Cambridge, England:Cambridge University Press; 1993:5.
13. Wilcox DC, Bradley JB. The cultural context of 'successful aging' among older women weavers in a northern okinawan village:the role of productive activity. J Cross Cult Gerontol 2007;22(2):137-65.
14. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ. Older adult's views of 'successful aging' how do they compare with researcher's definitions? J Am Geriatr Soc 2004;52(2):211-6.
15. Hsu HC. Exploring elderly people's perspectives on successful aging in Taiwan. Ageing Soc 2007;(27):87-102.
16. Torres S. Understandings of successful aging in the context of migration: The case of Iranian to Sweden. Ageing Soc 2001;21(3):333-55.
17. Morgan LA, Kunkel SR. Aging, Society, and the Life Course. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007:125-39
18. Tufan İ. Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul:Anahtar Kitaplar; 2003:209-19.
19. Cravit D. The New Old. How the Boomers Are Changing Everything... Again. Toronto, Ontario:ECW Press; 2008:1-15.
20. Birren JE, Binstock RH. Handbook of Aging and Social Sciences. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Publications; 2006:436-9.
21. Tufan İ. Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul:Anahtar Kitaplar; 2003:24-5.
22. Tufan İ. Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak, Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul:Anahtar Kitaplar; 2003:52-4.
23. Schulz JH, Binstock RH. Aging Nation. The Economics and Politics of Growing Older in America. Westport, CT:Praeger Publishers; 2006:137-45.
24. Çabuklu, Y. Toplumsalın Sınırında Beden. İstanbul:Kanat Yayıncılık; 2004:68-75.
25. Birren JE, Binstock RH. Handbook of Aging and Social Sciences. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Publications; 2006:440-1.
26. Berkman B, Harootyan L. Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice and Research. New York:Springer Publications; 2003:73-121.
27. Birren JE, Binstock RH. Handbook of Aging and Social Sciences. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Publications; 2006:360-81.

Yaşlı sağlığının sosyal belirleyicileri**Social determinants of health among older people**

Aliye Mandıracıoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Öz

Toplumda kırılgan gruplardan biri de özellikle de sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde olan yaşlılardır. Cinsiyet, yaş, ırk, etnisite, eğitim, sosyoekonomik durum, yaşam standartları, yaşanılan yer, fakirlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, sosyal dışlanma yaşlı sağlığının önemli sosyal belirleyicileridir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir. Sosyal faktörlerin sağlığa etkisinin anlaşılması ve bunlara karşı eylemler, yaşlılar için hayatidir. Bu makalede, yaşlı sağlığını etkileyen sosyal belirleyicilerin önemi hakkında literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal belirleyiciler, sağlık, yaşlı.

Abstract

One of the vulnerable group in community is the elderly people who particularly suffer from social and economic deprivation. Gender, age, race, ethnicity, education, socioeconomic status, living standards, geographic location, poverty, loneliness, social isolation and social exclusion are important social determinants of health among older people. Social determinants are powerful predictors of health inequities and disparities. Understanding the effects of social factors on health and actions on the social determinants of health for elderly people are vital. This article reviews literature on the importance of social determinants in shaping health of elderly people.

Keywords: Social determinans, health, elderly.

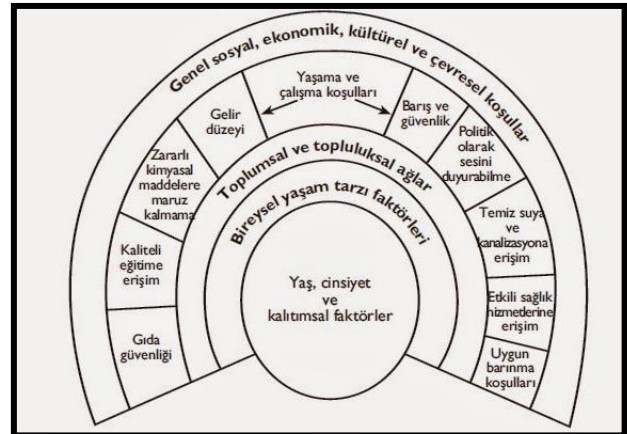
Giriş

Sağlık bir insanlık hakkıdır. Kişinin sağlığı, çevrenin, öncelikle de sosyal çevrenin etkisi altındadır. Çevredeki olumsuz faktörler düzeltilmeden sağlık sorunlarının kontrol altına alınması olanaklı değildir. Sağlığı etkileyen faktörler, Şekil-1 ve Şekil-2'de özetlenmektedir. Sağlığı ele alırken yaşlının iyilik halini bütüncül olarak değerlendirmek ve sağlığı etkileyen sosyal faktörlere karşı duyarlı olmak önemlidir (1,2,3). Tüm insanların olduğu gibi yaşlıların da sağlığını olumsuz etkileyen sosyal belirleyiciler; düşük gelir, kötü barınma ve çalışma koşulları, gıda güvencesizliği, iş güvencesizliği, ayrımcılığa maruz kalma, sosyal izolasyon, eğitimsizlik gibi sahip olunan durumlardır. Aynı zamanda, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran faktörlerdir.

Sağlıkta eşitsizliklerin ve sağlık sorunlarının kök nedeni, sağlığı etkileyen yapısal faktörlerdir.

Sosyal ve politik mekanizmalar, sosyal güvenlik, çalışma yaşamı, eğitim sistemi, kurumlar, kültürel değerler sağlığı etkileyen yapısal faktörlerdir.

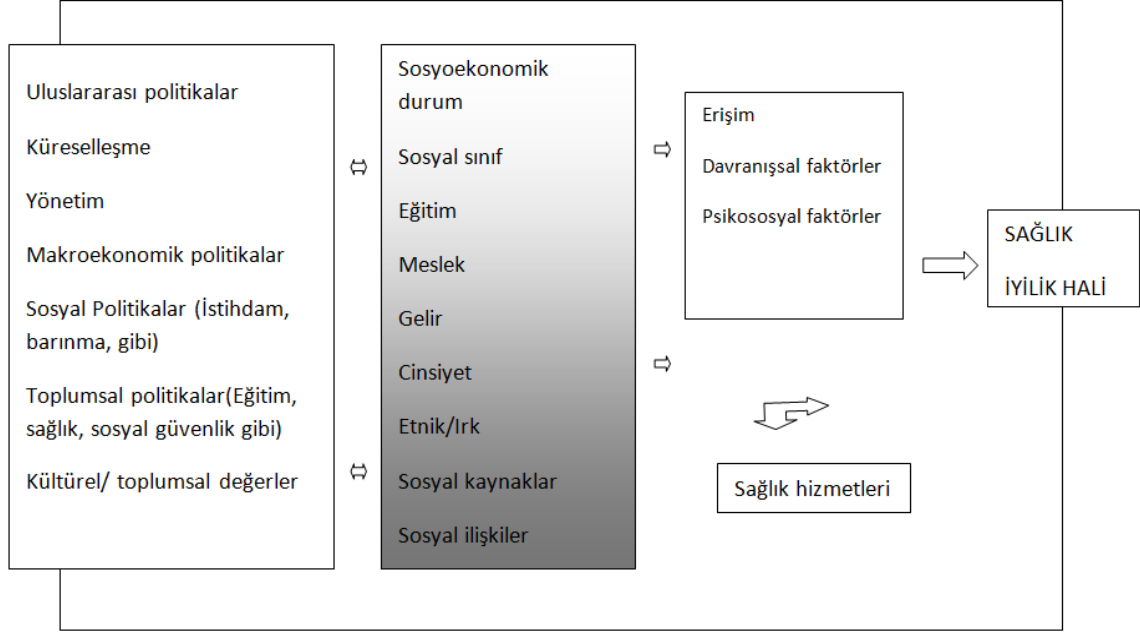
Bu yapısal mekanizmalar sosyal hiyerarşiyi; gelir, eğitim, meslek, sosyal sınıfa göre şekillendirir. Bu faktörler bir toplumda farklı gruplarda kaynakların ve gücün nasıl dağılacığını belirler. Bireyin kırılganlığı bu yapısal faktörlerle ortaya çıkmaktadır. Ulusal veya küresel gücün, gelirin, kaynakların, eşitsiz dağılımı sonucu insanların yaşamında görünür farklılıklar ortaya çıkar, sağlık hizmetlerine ve eğitime erişimleri, yaşam koşulları, iş koşulları farklılaşır (6).



Şekil-1. Sağlığı etkileyen faktörler (4 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Yazışma Adresi: Aliye Mandıracıoğlu

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bornova, İzmir



Şekil-2. Sağlığı etkileyen sosyal faktörler (5 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Sağlığı Etkileyen Etkenler

Sağlığı etkileyen etkenlerden en önemlisi yoksulluktur. Yoksulluk basitçe gelirin azlığı değildir, kişinin toplum katılımını belirleyen kaynak yetersizliği ve çoklu yoksunluğudur. Bir toplumun veya toplumun bir bölümünün gelir düzeyinin ortalama yaşam düzeyinin çok altında; eğitim, sağlık, yeme-içme, barınma, giyinme gibi zorunlu gereksinimleri karşılayamayacak derecede düşük olmasıdır (7). Kişinin gelir düzeyi, yaşam koşullarını, diyeti, yaşam tarzını şekillendirir. Bunların toplumda dağılışı, yani eşitsizlikler de sağlığı etkiler. Gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu toplumlarda fakirlerin oranı daha fazladır. Gelir eşitsizliği sosyal sermaye açısından da olumsuzluk yaratır (8). Sağlıkta eşitsizlik, yaşamın diğer alanlarındaki eşitsizliklerden ortaya çıkmaktadır. Yoksulluk, işsizlik, eğitimsizlik ile yüksek mortalite, yüksek morbidite ve kötü sağlık algısı ilişkilidir (8).

Kişinin sağlığı nerede doğduğuna göre değişebilmektedir. Japonyada doğan bir kişinin 81.9 yıl yaşaması beklenirken, Sierra Leone’de doğan bir kişi, 34 yıl daha az yaşam şansına sahiptir. Toplumlar arasında sağlık durumu açısından derin uçurumlar vardır. Aradaki bu farkı biyolojik nedenlerle açıklamak olanaklı değildir. Aynı ülkede bölgesel eşitsizlikler de sağlığa yansımaktadır (8). İtalya’nın kuzeyinde beklenen yaşam süresi erkek/ kadında 77/84 iken güneyde daha düşüktür (9).

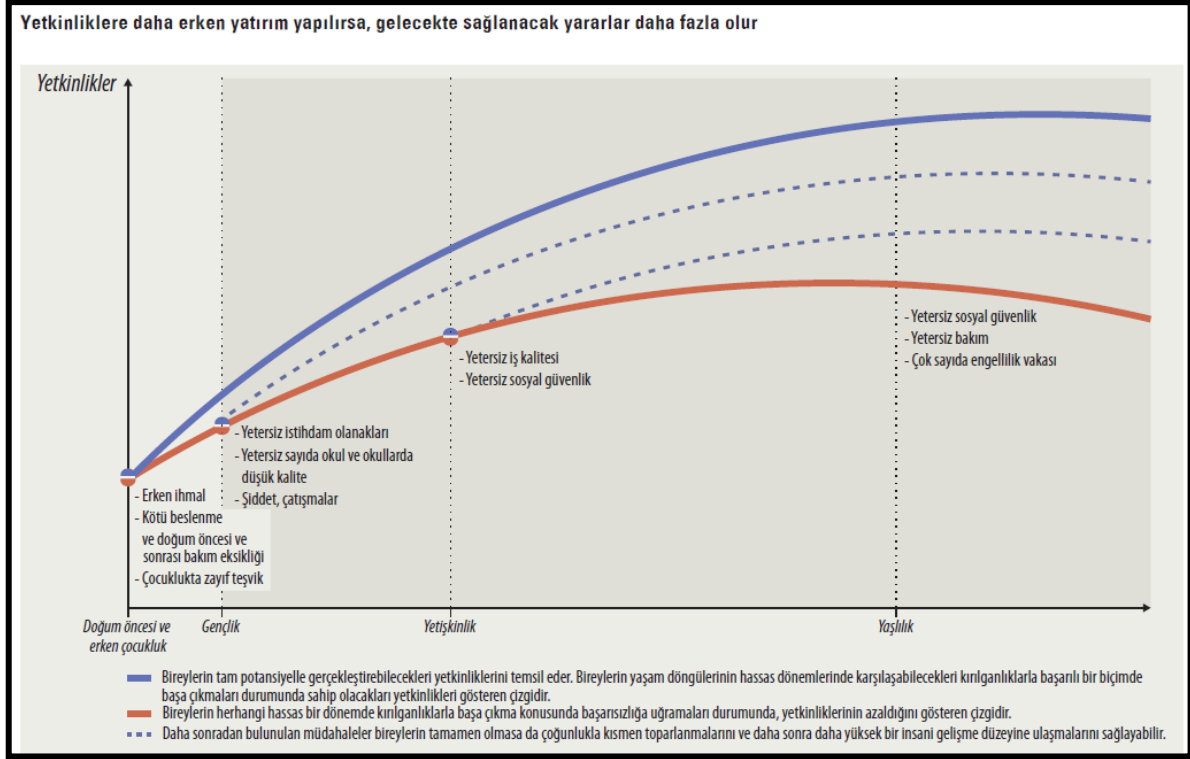
Cinsiyet, ırk, yaş, köken, sınıf, gelir veya mülk, dil, din, mahkûmiyet, görüş, cinsel yönelim, sağlık veya engellilik gibi durumların yasalar önünde eşit olmayan muameleye gerekçe olamayacağına altı çizilmektedir. İnsanların

temel gereksinimleri karşılanmadıkça sağlığın düzeltilmesinden bahsedilemez. Eşitsizlikleri azaltan sosyal politikaların oluşturulması, sağlığı etkileyen sosyal faktörleri düzeltilebilir (9). Sağlıkta eşitsizlikler toplumdaki eşitsizliklerden doğmaktadır. Ekonomik büyüme, sosyal kalkınma, çevrenin korunmasını sağlayan ve uluslararası politikalarla desteklenen, hükümetlerin girişimleri ile sağlıkta eşitlik başarılabılır (6). Özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının ön plana çıkarılması, iş ve emeğin esnekleştirilmesi gibi son dönem politikalar; eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlere olumsuz olarak yansımakta ve eşitsizlikleri derinleştirmektedir (10). Bu durum en fazla yaşlıları etkilemektedir. Sağlık insan yaşamının temel hakkı ve sosyal gereksinimidir. Sağlığın diğer tüketim maddeleri gibi algılanması, bir meta gibi görülmesi önemli bir eşitsizlik sorununu doğurmaktadır (10). Sağlık hizmetlerinin piyasa ve rekabet doğrultusunda verilmesi, bu hizmetlerden hakkaniyetli bir biçimde faydalanılamamasına neden olmaktadır, sağlık güvencesi bulunmayan ve düşük gelirliler için özellikle yaşlılık döneminde gereksinimi artan sağlık hizmeti almasını engellemektedir (10).

Yaşlılarda da sağlığın sosyal belirleyicileri en az gençler kadar önemle ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (8). Yaşlılıkta da sosyoekonomik ve sağlıkta eşitsizlikler devam etmektedir ve ihmal edilmemelidir. Çocukluk döneminde düşük sosyoekonomik durum, ileriki yaşamı etkilemektedir. Sosyoekonomik durumu düşük olan yaşlılar daha fazla riske maruz kalmıştır, muhtemelen bu durum çocukluğundan beri süregelen bir durumdur (11). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2014 insani gelişim raporuna göre, insanların yetkinliklerinin, yaşam

döngüsünün belirli aşamalarında desteklenmesi gerekir. Bu durum yetersiz yatırım ve ilgi nedeniyle kısıtlı kalınca, yaşlılık döneminde yoğunlaşacak kırılanlıklara yol açmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça, genellikle fiziksel, zihinsel ve ekonomik açıdan daha kırılan hale gelirler. Genç yaşlarda birikerek artan dezavantajlar ileri yaşta kırılanlığın artışına neden olur. Yetkinliklere yaşamın daha erken evrelerinde yatırımda bulunulursa, ileri yaşta

yeterli gelir ve desteğe sahip olmak söz konusudur (bakınız Şekil-3, düz mavi çizgi). Bireyin yetkinliklerine zamanında ve sürekli bir biçimde yatırımda bulunulmazsa, bu durum bireyin yaşlılık dönemini çok ağır biçimde etkiler (bakınız Şekil-3, düz kırmızı çizgi). Zaman zaman yapılacak müdahaleler kişilerin kısmen gelişmelerini sağlasa da tam bir insani gelişim sağlanamaz (bakınız Şekil-3, kesikli çizgiler) (12).



Şekil-3. Yaşam döngüsü boyunca yetkinliklerin desteklenmesinin ileri yaştaki sonuçları (12 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2014 insani gelişim raporu, yoksulluk ve sosyal dışlanılmışlığı özellikle yaşlanan nüfusu etkileyen başta gelen sorunlar olarak vurgulamaktadır. Dünyadaki yaşlı nüfusun yaklaşık %80'i emekli maaşına sahip değildir ve gelir sağlamak için çalışmak zorundadır veya ailesine bağımlıdır (12).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının raporunda vurgulandığı gibi yaşlılarda yaşam boyu yaşanan eşitsizliklerin birikimsel etkisiyle sosyoekonomik eşitsizlikler, ileri yaşta çok daha derin bir şekilde kendini göstermektedir. Bu durum sağlık riskleri ve sağlık sorunlarını artırmaktadır. Raporda yatay eşitsizliklerle ortaya çıkan yetkinliklerin azalması sorununun, devlet politikaları ve toplum destek ağlarının güçlendirilmesi yoluyla çözülebileceğinin altı çizilmektedir (12).

Gelir, eğitim gibi sosyal belirleyiciler yaşlı sağlığını etkileyen en önemli faktörlerdendir (13). Literatürde pek çok ülkede yaşlılarda yapılan çalışmalarda daha iyi eğitimliler ve geliri daha yüksek olanlar daha sağlıklı bulunmuştur (14-17). Daha iyi gelir; kaynaklara, sağlık

hizmetlerine, tedaviye erişim, daha sağlıklı yaşam biçimi yoluyla sağlığı olumlu etkiler. Daha iyi geliri olan yaşlının sosyal statüsü ve sosyal kaynakları çok daha iyidir. Gelir eşitsizliğine en duyarlı grup, sağlıklarını en fazla etkilediğinden dolayı yaşlılardır. Yaşlılar, yaşadıkları çevreden etkilenmeleri açısından da en kırılanlıktır. Kaynaklara erişimleri ve çevresel adaptasyonları gençlerden daha güçtür (16,17).

Kaynakların, ileri yaş döneminde sağlık için kritik olduğu belirtilmektedir. Sosyoekonomik durum, yaşlının kaynaklara erişimini ve dolayısıyla sağlığının şekillenmesini etkilemektedir. Fakirlik yaşlıların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde engeldir. Gelir, yaşlının sağlık kaynaklarına, sosyal organizasyon kaynaklarına erişimi için gereklidir. Emekli maaşı ve sosyal güvenlik şemsiyesinde olmak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır (13).

Sosyo-ekonomik durumu üst düzeyde olanlarda, hastalıkların daha az ortaya çıkması yanı sıra hastalanma durumunda da daha hızlı sağlık hizmet

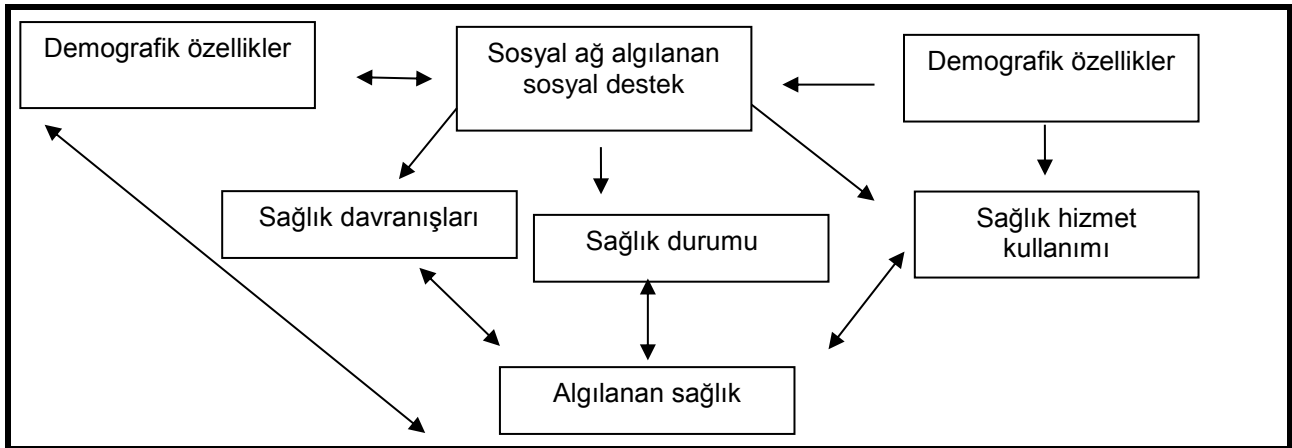
kullanımı ve iyileşme söz konusu olduğu belirtilmektedir (11). Kaynakların dağılımına bağlı olarak gelişen eşitsizliklerin mortaliteye katkısı yaş arttıkça artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Japonya, İspanya, Fransa, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde de bölgesel karşılaştırmada sosyoekonomik durumu kötü olan yerleşimlerde, yaşlılarda sağlık algısı daha kötü, mortalite daha yüksektir (18-24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyi kötü yaşlıların, sağlık algısının ve sağlığının daha kötü olduğu belirlenmiştir (25-27).

Yaşlı sağlığını belirleyen faktörlerden biri de cinsiyettir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzun olmakla birlikte, yaşlı kadınlarda morbidite daha sık ve sağlık algısı daha kötüdür (28-30). Kadınlar, erkeklerden sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı olduklarından, kaynaklara daha zor erişebilmektedir. Yaşlı kadınlar, yakın çevresinde daha fazla sosyal destek ve ağa sahiptir. Ama kamusal alanda erkekler daha katılımcı olma ve sosyal kaynaklara erişme şansına sahiptir. Pek çok toplumun erkek egemen olması; erkeğin yaşam koşullarının, gelirin daha iyi olmasını ve kadının sosyal açıdan dezavantajlı durumda olması sonucuna önemli bir katkı yapmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu raporunda ülkemizde kadınların %18.7'i, erkeklerin %36.9'unun sağlığını iyi olarak bildirdikleri belirtilmiştir (31).

Eğitim, sağlığın temel belirleyicilerinden biridir. Eğitim yaşlılık dönemine dek yaşam boyu değişmeyecek, kazanılmış önemli bir göstergedir ve sosyo-ekonomik durumla karşılaştırıldığında da bu açıdan daha değerli olabilmektedir (8). Eğitim, yaşlının sağlığını etkileyen sosyokültürel özellikleri de belirlemektedir. Daha iyi eğitim, sağlıklı yaşam uygulamalarını gerçekleştirebilmek, karmaşık sağlık hizmetlerinin üstesinden gelmek ve bilinçlenebilmek için önemlidir. Eğitim, üretim

aktivitelerine ve kaynaklara erişimi kolaylaştırdığı, hane gelirini artırdığı için sağlığı etkilemektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili bilgiye erişim ve davranış kazanılmasında da eğitim önemlidir (32,33). Eğitim, sağlığı belirleyen diğer sosyal faktörleri de olumlu yönde etkiler. Gelir, iş güvencesi, iş koşulları eğitim arttıkça düzelmektedir. Eğitimli yaşlıların daha fazla sosyal katılımı olmaktadır. Bir ülkede eğitimde yapılacak iyileştirmenin en fazla kadınların sağlığında dramatik bir iyileşme sağladığı vurgulanmaktadır (34). Fernandez-Martinez ve ark. (34) yaptığı çalışma, İspanya'da 1972-2002 sürecinde kadınların sağlığındaki doğrusal iyileşmenin önemli bir payını, eğitim düzeyini artırmadaki başarıya bağlamaktadır.

Ekolojik ve çevresel faktörler yaşlının sağlığın şekillenmesinde rol alır (13). Barınma koşullarının kötü olması, ev inşasında kullanılan materyal, ev içi ısınma koşulları, evde yaşayan kişi sayısı, alt yapı, temiz güvenli su bulunmaması, yetersiz havalandırma gibi çevresel faktörler yaşlının sağlığını etkiler. Besin güvencesi olmaması da sağlığı etkileyen olumsuz durumlardan biridir. Besin yaşamın temel gereksinimidir ve besin güvencesi olmayan insanlar yeterli beslenemez. Yaşlılarda besin güvencesizliği sadece gıdayı satın alamama ile sınırlı olmayan karmaşık bir durumdur. Kötü sağlık nedeniyle yiyememe, fiziksel kısıtlılık nedeniyle veya sosyal destek yetersizliği ile alışverişe gidememe, besin hazırlayamama gibi problemleri de kapsamaktadır (35). Şiddetin ve suçun az olması, kendini güvende hissedebilme gibi yaşanan komşu çevre ve coğrafi bölge ile ilgili özellikler, yaşlının sosyal katılımını destekleyici yönde sosyal sermayedir. Sosyal sermaye yaşlının sağlığını etkileyen önemli bir değişkendir (14).



Şekil-4. Yaşlılarda sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki (20 numaralı kaynaktan alınmıştır.)

Yaşlıların sağlığı, içinde yaşadıkları toplumun kültüründen ve dolayısıyla, sağlığa ilişkin inanç ve değerlerinden, yaşlıya yönelik tutumlardan, hastalıkların

algılanışından etkilenmektedir. Sosyal destek ve bağlar, yaşlıların mental ve fiziksel sağlığını olumlu etkilemektedir. Yaşlılarda sosyal destek ve sağlık

arasındaki ilişki, Şekil-4'te açıklanmaktadır. Sosyal destek, yaşlılara kendini iyi hissettirir, bilgi ve danışmanlık sağlar, maddi destek getirir, sosyal iletişim sağlar. Zayıf sosyal ilişki sosyal izolasyona neden olur. Sosyal destek, yaşlılık döneminde yaygın olan kronik hastalıkların getirdiği stresle daha kolay başa çıkılmasına yardımcı olur (9, 20). Sosyal katılım da sosyal destek kadar, yaşlıların iyilik hali için önemlidir. Yaşlandıkça insanların daha fazla boş zamanı olmaktadır, aktiviteler içinde yer almadığı takdirde kendini izole hissetmektedirler (36).

Yaşlılar, sosyal dışlanma yaşama riski ile karşılaşabilecek grupların başında gelir. Sosyal dışlanma fakirlik ile ilişkilidir. Fakirlik, topluma katılımı sağlayan kaynaklardan da faydalanmayı engelleyen bir durumdur. Fakirlik; yaşam düzenlenmesi, kültürel sermaye, yardımlara erişim, sosyal ağ yoksunluğunu da kapsamaktadır. Sosyal dışlanma çok boyutlu bir problem ve dinamik bir süreçtir (7).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2014 insani gelişim raporuna göre, sosyal dışlanmışlık yaşlıların sağlığını etkileyen sorunlardan biridir. Dünya çapında, 60 yaş ve üstü yaşlı nüfusun %46'sından fazlası engellidir, topluma tam katılım sağlayamamakta ve ayrımcı sosyal tavırlar nedeniyle içlerinde buldukları güçlükler artmaktadır (12). Sosyal dışlanma; "belirli bireylerin yapısal ve/veya kişisel gerekçelere bağlı olarak mekansal anlamda olmasa da sosyal katılım anlamında tamamen veya kısmen içinde yaşadıkları toplumun dışında kalmaları" olarak tanımlanmaktadır (37,38). Sosyal dışlanma, birey ve grupları topluma tam katılmadan dışlayan yapılar ve süreçleri kapsamaktadır. Sosyal dışlanma; eşitsizlik, güvencesizliğe yönelik bütünsel bir yaklaşımdır. Ekonomik, sosyal, siyasal, hukuki, kültürel ve davranışsal boyutları olan; nesnel olduğu kadar öznel değerlendirmelere de açık; gerekçe, biçim ve sonuçları itibarıyla karmaşık bir süreç bütünü anlatmaktadır (37,38). Yaşlılar, sosyal dışlanma açısından en riskli gruplar arasında yer almaktadır. Aile desteği arkadaş varlığı yaşlılıkta da önemlidir. Bu

nedenle evliler ve çocuk sahibi olanlar daha iyi sağlığa sahiptir (2,39). Çalışmalarda; yaşlılarda, sosyal dışlanmanın engellenmesi durumunda önemli sayıda erken ölümlerin önlenebileceği belirlenmiştir. Kadınlarda sosyal dışlanmanın, mortalite üzerine etkisinin, erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Özellikle sosyo-ekonomik dezavantajlı yaşlılarda sosyal dışlanma öncelikle ele alınması gerektiği bildirilmektedir (2,7).

İleri yaş grubunda koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam biçiminin desteklenmesi, sağlığı geliştirici çalışmalar yaşlı sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, sedanter yaşam, obezite gibi davranışsal riskler, sosyo-ekonomik durumu kötü olan, eğitimsiz yaşlılar arasında daha sık görülmekte ve sağlık durumlarının daha kötü olmasında önemli payı olmaktadır (40). Shaw ve ark. (33), çalışmasına göre, en kötü sosyoekonomik dilimde bulunan yaşlılarda, en zengin gruba göre sigaraya ve obeziteye bağlı mortalite riski daha fazladır.

Sosyal belirleyicilerle ilgili eylem, sadece sağlığın iyileştirilmesi için değil, hem de insan gereksinimlerinin karşılanması için gerekir. Sosyal ve ekonomik politikaların hataları ve haklar konusunda dogmatik anlaşmazlıklar, insanların sağlığını etkileyen sosyal faktörlerin düzeltilmesini engellemektedir (8). İnsani gelişim raporunda, insani gelişme konusunda ilerlemenin, sadece insanların eğitim alma, sağlıklı olma, makul bir yaşam standardına sahip olma ve güvende hissetme haklarını geliştirmekle değil, aynı zamanda onlara verilen bu hakların ne kadar güvende olduğunu ve mevcut koşulların sürdürülebilir insani gelişme için yeterli olup olmadığını sorgulamakla kaydedilebileceğini vurgulanmaktadır. Eşitlik, temel hizmetlere (eğitim, sağlık hizmetleri, sağlıklı su ve sanitasyon ve kamu güvenliği) herkesin maddi durumlarından bağımsız şekilde eşit erişebilmelerinden geçer (12). Eşitsizliklerden en fazla etkilenen gruplardan biri yaşlılardır.

Yoksulluk, işsizlik ve açlık sorunlarının ortadan kaldırılması ve yaşam koşullarının düzeltilmesi, yaşlı sağlığının iyileştirilmesi için en önemli adımdır.

Kaynaklar

1. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saude Pública* 2012;46(2):310-9.
2. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2003;56(5):935-47.
3. Nagata JM, Hernández-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torrealba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥65 years: A systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2013;13:388.
4. Dahlgren G, Whitehead M. Rainbow model of health. In: Dahlgren G, Whitehead M (ed). *European Health Policy Conference: Opportunities for the future. Vol 11—Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991:314.
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. In: *World Health Organization (WHO) (ed). Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, No. 2*. Geneva, Switzerland; 2010:79.
6. WHO CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. [cited June 2015]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
7. Saito M, Kondo N, Kondo K, Ojima T, Hirai H. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Soc Sci Med* 2012;75(5):940-5.

8. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
9. Rueda S. Health Inequalities among Older Adults in Spain: The Importance of Gender, the Socioeconomic Development of the Region of Residence, and Social Support. *Women's Health Issues* 2012;22(5):e483-90.
10. Yıldız Ö. Küreselleşme, sağlık ve toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;4(1):30-4.
11. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med* 2003;57(5):861-73.
12. United Nations Development Programme. Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York, USA: United Nations; 2014. [cited June 2015]. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
13. Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R. Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46(3):349-57.
14. E Grundy, G Holt. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:895-904.
15. d'Uva TB, O'Donnell O, van Doorslaer E. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol* 2008;37(6):1375-83.
16. Razzaque A, Nahar L, Akter Khanam M, Kim Streatfield P. Socio-demographic differentials of adult health indicators in Matlab, Bangladesh: self-rated health, health state, quality of life and disability level. *Glob Health Action* 2010;3. doi. 10.3402/gha.v3i0.4618.
17. Arber S. Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *J Aging Stud* 2004;18(1):91-108.
18. Bennett JE, Li G, Foreman K, et al. The future of life expectancy and life expectancy inequalities in England and Wales: Bayesian spatiotemporal forecasting. *Lancet* 2015;386(9989):163-70.
19. Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France. *BMC Public Health*. 2010;10:260.
20. Caetano SC, Silva CM, Vettore MV. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics* 2013;15(13):122.
21. Silva Vde L, Cesse EA, de Albuquerque Mde F. Social determinants of death among the elderly: a systematic literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 2:178-93.
22. Szanton SL, Allen JK, Thorpe RJ Jr, Seeman T, Bandeen- Roche K, Fried LP. Effect of financial strain on mortality in community-dwelling older women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):S369-74.
23. Bosma H, Gerritsma A, Klabbers G, van den Akker M. Perceived unfairness and socioeconomic inequalities in functional decline: the Dutch SMILE prospective cohort study. *BMC Public Health* 2012; 22(12):818.
24. Aida J, Kondo K, Kondo N, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Income in equality, social capital and self-rated health and dental status in older Japanese. *Soc Sci Med* 2011;73(10):1561-8.
25. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(4):960-8.
26. Şimşek H, Meseri R, Şahin S, Uçku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. *Eur Geriatr Med* 2013;4(4):226-30.
27. Keskinöglü P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in İzmir, Turkey. *Turkish J Geriatr* 2013;16(2):135-41.
28. Liu G, Zhang Z. Sociodemographic differentials of the self-rated health of the oldest-old Chinese. *Popul Res Policy Rev* 2004;23:117-33.
29. Tomás JM, Gutiérrez M, Sancho P, Galiana L. Predicting perceived health in Angolan elderly: the moderator effect of being oldest old. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(3):605-10.
30. Ng N, Kowal P, Kahn K, Naidoo N, Abdullah S, Bawah A, et al. Health inequalities among older men and women in Africa and Asia: evidence from eight health and demographic surveillance system sites in the INDEPTH WHO-SAGE Study. *Glob Health Action* 2010;27:3.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. TÜİK Haber Bülteni 2015;18620. Available from: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
32. Kempen GI, Brilman EI, Ranchor AV, Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *SocSci Med* 1999;49:143-9.
33. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med*. 2014;101:52-60.
34. Hill TD, Needham BL. Gender-specific trends in educational attainment and self-rated health, 1972–2002. *Am J Public Health* 2006;96:1288-92.
35. Lee JS. Food insecurity and health care costs: Research strategies using local, State, and national data sources for older adults. *Adv Nutr* 2013;4(1):42-50.
36. de Carli L, Kolankiewicz B, Cristina A, et al. Perceptions and experiences of elderly residents in asylum. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(Esp2):81-6.
37. Sapançali F. Avrupa Birliği'nde sosyal dışlanma sorunu ve mücadele yöntemleri. *Çalışma ve Toplum* 2005;6(3):51-106.
38. Haan A. Social exclusion: Enriching the understanding of deprivation. *Studies in Social and Political Thought* 2000;2:22-40. Available from: http://www.socialinclusion.org.np/userfiles/file/Arjan_de_Haan.pdf
39. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1090-9.
40. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 2005;28(3):298-304.

Yaşlı sağlığı ve sosyal politikalarda kamusal destek ne durumda? Türkiye ve dünyada mevcut durum

What is the situation in public support for elderly health and social policies? The situation for Turkey and the world

Işıl Ergin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Öz

Yaşlanma; sağlık, sosyal güvenlik, eğitim ve istihdam gibi toplumsal hayatın önemli alanlarını yakından ilgilendirmekte ve bireyin hakları yanı sıra kamusal politikaların içeriği ve kapsamına dair tartışmayı da gerekli kılmaktadır. Bu çalışma; yaşlıyı desteklemede aile ve toplumun rolünün kamusal alana geçişinin ekonomi-politik nedenlerini sunmayı, yaşlanmayı bir ekonomik yük olarak değerlendiren yaklaşımların eksikliğini irdelemeyi, yaşlı sağlığına yönelik kamusal destek mekanizmalarını incelemeyi ve Türkiye ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamıştır. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde; Türkiye’de bu alana ayrılan kaynakların ve kurumsal kapasitenin yetersiz, eşitsizlik perspektifinden yoksun ve aile veya toplum temelli mekanizmaları öne çıkaran bir kurgu içinde olduğu görülmektedir. Yeni değerler sisteminin yalnızlaştırdığı yaşlı bireyler, azalan fiziksel kapasiteleri, sosyal ve ekonomik kaynaklarındaki yoksunluklarına rağmen, kamunun destek ve korumasından mahrum kaldıklarında, toplumun en kırılgan nüfusları arasında yerlerini almaktadır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanma, yaşlı sağlığı, sosyal politika.

Abstract

Aging is closely relevant with public issues like health, social security, education and employment and this necessitates a discussion on rights as well as the context and coverage of public policies. This study aims to present economic and political reasoning for the transfer of the role of the family and community to public, to examine the shortcomings of the approaches assessing aging as an economic burden, to evaluate the mechanisms in public support for elderly health and to compare the situation for Turkey. Regarding the practice in the World, it has been concluded that in Turkey, the resources allocated and the organisational capacity are inadequate, lacks an inequalities approach and is constructed on an emphasis on family and community-oriented mechanisms. If they are not provided with public support and protection, the abandoned elderly of the new value system, take their place in the community among most vulnerable groups, despite their diminished physical capacity and deprived social and economic resources.

Keywords: Aging, elderly health, social policy.

Giriş

Yaşam süresindeki uzama ve doğurganlıktaki azalma, bu yüzyılın en önemli demografik olgularından biri olan nüfusun yaşlanması konusunu gündeme taşımaktadır. Bu durum; geçmişte gelişmiş toplumların sorunu gibi algılanırken, bugün gelişmekte olan toplumlar için de önemli bir başlığa dönüşmektedir. Bugün, küresel nüfusun %12’sini (901 milyon) 60 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu nüfusun artış hızı, Avrupa’da en yüksek olsa da, 2050 itibarı ile Afrika dışındaki tüm bölgelerde nüfusun yaklaşık dörtte biri 60 yaş ve üzeri bireylerden oluşacaktır.

Türkiye’de de 60 yaş ve üzeri nüfus 2050’de %26.6 ve 2100’de %37.7 olacaktır (1). Bu gündem; sağlık, sosyal güvenlik, eğitim ve istihdam gibi toplumsal hayatın önemli alanlarını yakından ilgilendirmekte, bireyin hakları yanı sıra kamusal politikaların içeriği ve kapsamına dair tartışmayı da gerekli kılmaktadır. Yaşlanmayı başarılı kılan unsurlar olarak biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma belirtilmektedir (2,3). Böylesi bir kapsamı kucaklayacak kamusal yaklaşım; bireyin sosyal çevresinden sağlığına, fiziksel işlevlerini geliştirici çabalardan gelir artırıcı politikalara kadar geniş bir yelpazeyi kapsamak zorundadır.

Yazışma Adresi: Işıl Ergin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Bornova, İzmir

Amaç

Bu çalışma; yaşlıyı desteklemede aile ve toplumun rolünün kamusal alana geçişinin ekonomi-politik nedenlerini sunmayı, yaşlanmayı bir ekonomik yük olarak değerlendiren yaklaşımların eksikliğini irdelemeyi, yaşlı sağlığına yönelik kamusal destek mekanizmalarını incelemeyi ve Türkiye ile karşılaştırarak değerlendirmeyi amaçlamıştır.

1. Yaşlının Desteklenmesinde Aile Rolünü Kamuya Devrettiğinde, Yaşlılar Kamusal Emanet mi Yük mü?

Sanayi devrimi; nüfusun bileşimine etki eden iki temel faktörün (insanın yaşam süresi ve doğurganlığının) belirgin biçimde değiştiği milattır. Toplumda gerçekleşen dönüşüm sırasında, hane bireylerinin rollerinde de önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Sanayi devrimi öncesinde hane bileşimi daha büyük ve karışık bir yapıya sahiptir. Endüstrileşme yoluyla ekonomi değişince, aile de değişir. Toplumsal hayatta; sosyal ilişkilerin basitleştiği, akrabalığın anlam ve değerini yitirdiği, klan veya kabilenin düşüşe geçtiği, ailenin progresif olarak küçüldüğü ve her şeyin rasyonel, basit, kolay ve küçük olana evrildiği görülür. Geniş akrabalık bağları zayıflar, aile seceresi paternleri erir, eşler sistemine dayalı bir patern belirginleşir. Erişkin olan çocukla veya büyükanne, büyükbaba ile yaşam, geleneksel tarım toplumunda daha sık gözlenirken, endüstrileşme, toplum hayatına işgücü bölüşümü getirir ve geleneksel hane bileşimi olan haneler gittikçe azalır (4).

Fiziksel yaşama gelen hareketlilik, akrabalarla görüşme sıklığını, yakınlığı azaltır. Sınıfsal hareketlilik başlar. Sınıfsal konumu yukarılara doğru hareketlenen hanenin yaşam biçimi, geliri, alışkanlıkları değişir, akrabalarından farklılaşır. Temas zorlaşır (5). Değerler sistemi başarıya ve elde etme üzerine kurulu bir hal alır ve birinden doğmuş olmanın değeri azalır, herkes kendi yolunu çizer. Yaşlının bilgeliği ve yaşamı boyunca biriktirdiği deneyimin genç bireyin başarısı açısından değeri azalır. Yaşlı bireyin gençlerin yanında kalmayı talep etme gücü zayıflar (6). Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça, ailenin yaşlı bireye sosyal, finansal ve fiziksel desteği yanı sıra birlikte yaşama olasılığı azalır (7). Kapitalizmin sanayi toplumunda yarattığı yeni aile yapısı ne yazık ki yaşlıya çok az yer bırakmıştır. İşte bu noktada ailenin azalan desteğini karşılamak üzere kamu devreye girer.

Merkez kapitalist ekonomiler, üretken bireyleri yaşlanınca onları sahiplenecek bir aile yapısının kalmadığını bu yüzyılın ortalarında erkenden fark ettiler. Çekirdek aile, bu üretim biçiminin ikonuydu ve geleneksel, kalabalık, dedeli, nineli yaşam biçiminin bu hızlı üretim döngüsünde yeri yoktu. Evin erkeği, kadını çalışır, çocuklar okula gider. Herkes ya üretimdedir, ya da emeğin yeniden üretilmesinde görev alır (8). Üretim dışı olanların bu döngü içinde aksaklığa yol açacağı

kaçınılmazdır ve onlar için başka bir şeyler düşünmek gerekir. Üretenlerin, yaşlılık zamanları için kaygı duymaları onların var olan çalışma heveslerini baltalayacaktır. O yüzden, yaşlılık daha güvenceli, daha huzurlu olmalıdır. Yaşlının kendine yetecek bir aylığı, sağlık sorunlarında başvuracağı ücretsiz hizmetleri, sağlığı kendine bakamayacak kadar elden gittiğinde de yerleştirebileceği kurumları olsun istenir. Böylelikle; gelişmiş ülkeler, nüfusun yaşlanma sürecine paralel biçimde “sosyal politikalar” geliştirir. Toplumdaki değişime ayak uydurarak sosyal güvenlik sistemleri, kamu sağlık hizmetleri ve emeklilikle ilgili düzenlemeler yoluyla yaşlı ve ailenin kaynaklarını destekler (9). Aile ve toplumun geleneksel rolü, kamusal alana kaydırılır (7). Toplumların gelişme ve kalkınma süreçleri ise yaşlı bireylerine sağladığı desteğin çeşitliliğini ve yeterliliğini belirler: Problemlerli bir yaşlılık mı? Problemleri azaltılmış bir yaşlılık mı?

Bugün nüfusun yaşlanması konusu, sıklıkla ekonomik değerlendirmelerle ele alınır. Hesaplar yapıp çalışmayanlar arttıkça ortaya çıkacak ekonomik baskıdan söz edilir. Bu bağlamda “**potansiyel destek oranı**”ndan söz edilir, Potansiyel destek oranı, 20-64 yaş nüfusun 65 yaş ve üzeri nüfusa bölünmesi ile elde edilen ve emekli kişi başına düşen çalışan bireyi anlatan orandır. Nüfusun yaşlanmasının potansiyel destek oranı üzerinde önemli bir etki oluşturacağından endişe edilir. Afrika ülkelerinde bu oran 12.9 kişi iken, Asya ülkelerinde 8.0, Avrupa ve Kuzey Amerika’da 4’ün altı ve Japonya’da 2.1’dir. 2050’de 7 Asya ülkesi ve 24 Avrupa ülkesinde bu oranın 2’nin altına düşmesi beklenmektedir. Bu rakamların sağlık sistemleri yanı sıra sosyal güvenlik sistemlerini de ekonomik ve politik baskılarla baş başa bırakacağı belirtilir (1). Bu ekonomi politik değerlendirmeler yaşlıları toplum için bir değer olmaktan çıkarıp onları bir yük olarak gören bir akla doğru evrilisin de işaretlerini taşır ve özünde kapitalizmin bireye sistem maliyeti biçip metalaştırmasını içerir.

Ekonomik hayatın dışında kaldığı için yaşlı bireyin toplumsal haklarını minimumda tutmak ve o minimumla hayatta kalıp topluma daha fazla yük olmamasını planlamak iktisadi olarak kabul gören bir tutumdur ve özellikle sosyal güvenlik politika dokümanlarına yansıtılan bir gerçektir. Bugün süregiden emeklilik yaşı ve emeklilik aylığı tartışmaları böylesi bir zeminde yol alır. Ne yazık ki; yaşlı bireyin hakları ve ihtiyaçları çerçevesinden daha çok, işgücü arzının azalması, kamu harcamalarının artması, (sağlık harcamalarının ve sosyal güvenlik ödemelerinin artışı) ve bakım ihtiyacının artışı (kurumsal ve evde bakım hizmetleri) üzerinden bir “riskler” tartışması yürütülmektedir. Yaşlanma kavramının “ekonomik yararlılık” zeminindeki bu tartışmaları, “haklar” açısından tehditkar olabilmektedir; en başta da sağlıklı ve onurlu bir yaşam hakkı gelmektedir. Yaşlanmanın bir fobi olmaktan çıkarılıp, deneyim ve olgunlukla donanmış bir yaşam dönemi olarak

algılanması ve yaşanabilmesi için, zorluklarla baş edebilmek noktasında gerekli kamusal desteğin var olması şarttır.

2. Kamusal Destekte İzlenen Yollar

Kamunun bu bağlamda gelişmiş ekonomilerde üç tip yol izlediği görülür:

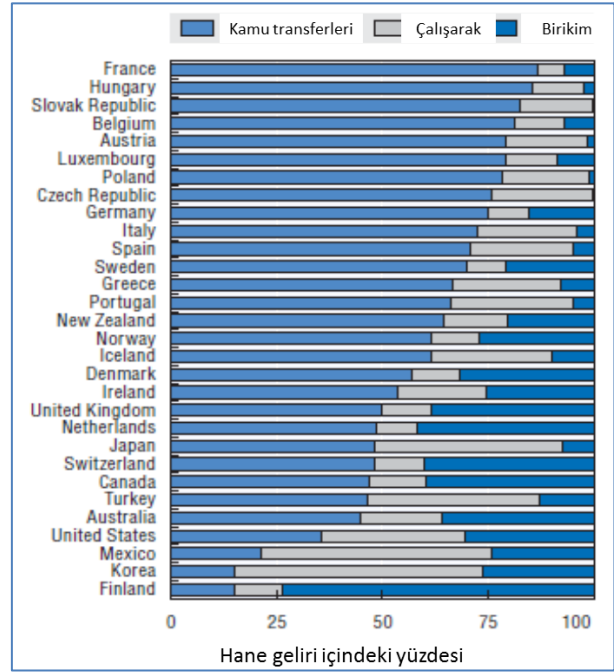
1. Gelir artırıcı mekanizmalar (emeklilik, sosyal destek aylığı, evde bakım aylığı),
2. Evde destek hizmetleri (sağlık hizmeti, sosyal destek),
3. Kurumlarda yaşama imkanı.

2.1. Gelir Artırıcı Politikalar

2.1.1. Emekli Maaşları: OECD'nin Emeklilik Maaşlarına Bakış 2011 raporunda (10), OECD ülkelerinde 65 yaş üstü bireylerin, 2000'lerdeki ortalama maaşının, yıllık 18271 dolar olduğu görülür. Türkiye 5829 dolar ile bu listede son sırada yer alarak OECD ortalamasının çok gerisinde kalmaktadır. Üstelik aynı raporda, 1980'lerin ortalarından 2000'lere doğru, yaşlıların görece gelirlerinde, OECD ülkeleri arasında en yüksek oranda düşüşün Türkiye ve Yeni Zelanda'da görüldüğü belirtilmektedir. Şekil-1, OECD ülkelerinde 65 yaş üzeri bireylerde, gelirin üç bileşen üzerinden nasıl dağıldığını göstermektedir. Bu 3 bileşen şunlardır: 1. kamu transferleri, 2. çalışarak elde edilen gelir ve 3. birikimlerden elde edilen gelir. 65 yaş üzeri bireylerin gelirleri içinde kamusal transferlerin payının, ortalama %60 olduğu görülür. Türkiye için bu oran %50'den daha azdır ve yaşlılıkta çalışarak gelir etme diğer ülkelere kıyasla, yaşlıların gelirlerinde daha fazla oranda yer tutar. Bu veriler göstermektedir ki, genel kanının aksine, 65 yaş üzeri bireyler ülkemizde çalışarak gelir etme çabasına devam etmektedir. Bu çaba, pek çok OECD ülkesinden daha yüksektir. Şekilde de görüldüğü üzere, kamu transferinin az olduğu ve çalışarak gelir elde etmek zorunda da kalmayan Finli yaşlıların kişisel birikimlerden yaşlılığa kaynak ve gelir aktarma imkanı olduğu görülmektedir. Ancak Türkiye'de böylesi bir durumun da olmadığı ve yaşlının gelir elde etme çabası ile baş başa kaldığı görülmektedir. Ülkemizde 65 yaş üzeri çalışan bireylerin %83.53'ü kayıt dışıdır (11). Bu sorun; fiziksel yeterliliğin azaldığı bir yaşam döneminde, bireyi özellikle formal çalışma alanının dışında ve marjinal işlerde çalışmaya iten ve daha çok gelişmekte olan ülkelerde gözlenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (12).

Türkiye'de kamusal kaynakların sadece %6.1'i emekliliğe ayrılırken, OECD ortalamasında bu oran % 7.0'dır (10). Sosyal Güvenlik Kurumu 2014 için tüm yaş gruplarını ele alan ortalama kayıt dışı istihdam oranını % 34.97 olarak açıklamaktadır (11) ve böylesi bir istihdam tablosu içinde pek çok yaşlının zaten bir emeklilik maaşını göremeyeceği aşikardır. Dünya Bankası'nın "Kapsayıcılıktaki Açığın Giderilmesi" raporunda da

Zorunlu Emeklilik kapsamı içindeki işgücü oranının ülkemizde % 45 gibi son derece düşük düzeylerde olduğu belirtilmektedir (13). İşgücü piyasasında kayıtlı istihdam içinde yer alamamış, zorunlu emeklilik kapsamında olmayan ve emekli maaşına hak kazanamamış yaşlılar için çözüm olarak "sosyal destek aylığı" sunulmaktadır.



Şekil-1. 2000'lerin ortalarında OECD ülkelerinde yaşlılarda gelirin kaynakları (10).

2.1.2. Sosyal Destek Aylığı: Bu tanım; emeklilik hakkı kazanamamış yaşlı bireylere sağlanan minimum gelir için kullanılmaktadır. Sosyal emeklilik uygulamasına dair örnekler, dünyada 3 başlıkta gruplanmaktadır (14):

- Universal (Tam kapsayıcı): Sosyal destek aylığına hak kazanmak için belli yaşın üzerinde olmak ve o ülkenin vatandaşı olmak yeterlidir.
 - Bolivya, Botswana, Brunei, Guyana, Kiribati, Kosovo, Mauritius, Namibia, Hollanda, Yeni Zelanda, Samoa, Surinam, Timor-Leste, Seychelles.
- Universal minimum: Sadece "emeklilik hakkı kazanamamış" yaşlılara, sosyal destek aylığı sağlanır.
 - Ermenistan, Azerbaycan, Bahamalar, Barbados, Belarus, Bermuda, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Kazakistan, Kırgızistan, Latvia, Lesotho, Litvanya, Maldivler, Moldova, Nepal, Panama, Swaziland, İsveç, İsviçre, Tayland, Turkmenistan, Vietnam.
- Means-tested: Gelir veya mülk sorgulanarak sağlanan sosyal destek aylığıdır. Türkiye bu son grupta yer almaktadır.
 - Arjantin, Avustralya, Avusturya, Bangladeş, Belçika, Belize, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta

Rika, Danimarka, Dominik Cumhuriyeti, Ekvator, Fransa, Gürcistan, Yunanistan, Hong Kong, Macaristan, Hindistan, Endonezya, İrlanda, İsrail, Jamaika, Kenya, Kore, Moğolistan, Norveç, Paraguay, Peru, Filipinler, Portekiz, Slovenya, Güney Afrika, İspanya, Trinidad ve Tobago, Türkiye, Ukrayna, İngiltere, Amerika, Uruguay, Özbekistan, Venezuela, Vietnam.

Gelişmiş ülkelerde zorunlu emeklilik sistemi içinde yer alan iş gücü oranının %90'ın üzerinde olduğu belirtilir. Bu oran düşük ve orta gelir grubu ülkelerdeki oranın oldukça üzerindedir. Formal istihdamın bu kadar kapsayıcı biçimde gerçekleşmesi yaşlı bireylere minimum bir gelir sağlama konusunda işi kolaylaştırmaktadır. Kayıtlı istihdamın işgücü içindeki oranı yüksek olan ekonomilerde, emeklilik aylığına hak kazanamamış ya da bir "tabangelir" in altında kalan nüfus oranı düşük olmakta ve bu açık, sosyal destek aylıkları ile kapatılmaktadır. Sağlanan desteğin miktarı da ortalama bir gelir hedefine bireyi yaklaştırmaktadır (13). Ancak Türkiye gibi kayıt dışı istihdamın yüksek, emekliliğe hak kazanamamış yaşlısı bol ülkelerde devletin sosyal destek kapsamı dar, miktarı da komik düzeylerde tutulmaktadır.

1976 yılında çıkarılan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun bu sosyal desteğin Türkiye'deki adıdır (15). Bu kanuna göre; sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış/bağlanması mümkün olanlar yararlanamaz. Bu aylık; muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına bağlanır.

2014'te 625.590 yaşlı bu sosyal destekten yararlanmıştır (16). Ancak bu rakam aynı yıl itibarı ile 6.192.962 olan 65 yaş üzeri nüfusun sadece %10.1'ine karşılık gelmektedir (17). Sağlanan desteğin miktarı Temmuz-Aralık 2015 itibarıyla aylık 203,44 TL gibi oldukça düşük düzeydedir. Aylığın sağlanabilmesi için muhtaçlığın kanıtlanması gereklidir ve bunun için belirlenen muhtaçlık sınırı (hane içindeki kişi başı geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olma hali) ise Temmuz-Aralık 2015 için 303,47 TL'dir (18). Hanede kişi başı geliri bunun üzerindeki yaşlılar, bu sosyal destekten yararlanamayacaklardır. Daha önce 2022 aylığa hak kazanmak açısından böylesi bir muhtaçlık sınırı yok iken 02.08.2013 tarihli 28726 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 6495 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" (kamuoyunda torba yasa olarak bilinen) ile 2022 Sayılı Kanun'da yapılan değişiklik ile hane içindeki kişi başı gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olduğu aileler 2022 sayılı Kanun kapsamında kalmıştır (19).

Bu oldukça düşük bir sınır olup, bu aylığa hak kazanma açısından yaşlıya biçilen "taban gelir" in ülkenin yoksulluk sınırlarının çok altında olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayan ve sadece yaşlı aylığı ile geçinen yaşlıların böylesi bir gelir ile onurlu ve sağlıklı bir hayat yaşamaları mümkün görünmemektedir. Yasanın kapsamının ve destek miktarının gözden geçirilmesi ve ayrılan kamu kaynaklarının artırılması gereklidir. Ayrıca, bu bütçe kalemine ayrılan kamu kaynağının son altı yılda neredeyse hiç değişmemiş olması (Tablo-1), ekonomik dalgalanmaların yaşandığı bu dönemlerde, yaşlılar gibi dezavantajlı grupların daha şiddetli etkilendiği gerçeğinin gözardı edildiğini göstermektedir. Çalışmalar; yaşlı sağlığında etkili olan önemli unsurlar olarak gelir düşüklüğü ve ekonomik instabilite zamanlarına işaret etmektedir (20). Yaşlı maaşı alan bireylerin sayısı ve ayrılan kaynak miktarının yıllar içindeki değişimi Tablo-1'de gösterilmiştir (16).

Tablo-1. Yaşlı Maaşı Alan Bireylerin Sayısı ve Ayrılan Kaynak Miktarının Yıllara Dağılımı (16).

Yaşlı (65 yaş üstü)		
Yıllar	Kişi sayısı	Tutar (Milyon TL)
2014	625.590	1.009
2013	632.407	1.009
2012	668.351	1.046
2011	797.426	1.055
2010	848.826	1.059
2009	859.516	1.027
2008	867.035	948
2007	903.283	914
2006	927.077	747
2005	938.677	664
2004	792.046	585
2003	770.204	551
2002	746.468	234

2.1.3. Evde Bakım Aylığı: Kamusal sosyal destek olarak belirtilmesi gereken bir başka unsur da "evde bakım aylığı"dır. Kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç özürülüler bu kapsamdadır. Yaşlılar açısından bu ölçüt, "yoksul ve yatalak" olma durumuna karşılık gelmektedir. Ocak- Temmuz 2015 itibarıyla evde bakım aylığı 793,08 TL olup, 2022 aylığı ile karşılaştırıldığında görece daha yüksek bir gelir sağlamaktadır. Ancak bu kapsamın sadece "bakıma muhtaç özürülü" (yatalak) yaşlıları kapsadığı unutulmamalıdır.

Kamusal kaynakların yaşlı sağlığı ve refahı alanına gerektiği düzeyde kaydırılmaması ve onun yerine aileye veya toplum temelli sosyal korunma mekanizmalarına bel bağlanması, liberalize olan ve esnekleşen iş gücü

piyasalarının olağan bir refleksi olarak düşünülmektedir (12). Dünya Sağlık Örgütü de yaşlıya kamusal destek konusunda başarısız olan düşük-orta gelir grubu ülkelerin, “yaşlanmaya” yanıtının “aile”yi anahtar hale getirmek olduğu saptamasını yapmaktadır (21). Bu bağlamda yaşlı ve bakıma muhtaç yaşlılara sağlanan bu son derece düşük gelirin, gerçek ve yeterli bir kamusal kaynak aktarımı yerine, yaşlının aile bireylerince bakılmasına bel bağlayan ve ailenin bu anahtar rolüne sığınan bir kaçış olduğu düşünülebilir.

2.2. Evde Bakım (Sağlık Hizmeti, Sosyal Destek)

Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa veya uzun dönemli geniş kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür. “Evde Sağlık Hizmetleri” (Home HealthCare) ve “Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri” (Home Aid Services) şeklinde iki ana başlığa ayrılmaktadır. Modelin en önemli özelliği maliyeti düşük bir hizmet olmasıdır (22). Ayaktan ya da yatarak bakımın yerine sistemlerin içine entegre edilmesindeki temel amaç, bu “verimlilik sağlama” kaygısıdır. Ancak içerik, hizmet veren ekip ve kapsam ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir.

Ülkemizde bu alana yönelik ilk yasal düzenleme Mart 2005 tarihinde yürürlüğe giren “**Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik**”tir. Sağlık hizmetlerine ulaşamayacak olanlara sunulan sağlık bakımı, evde bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Daha önce uzman hekimlerce görülmüş, reçetesi raporu olan hastaların idame tedavisinin sağlanması, mobilizasyonu zor hastaların (yani yatalak hastaların) raporlarının devam ettirilmesi, uzman hekim konsültasyonu (yerinde) ve yara bakımı hizmeti sunmayı hedefler. Acil sağlık hizmetleri kapsam dışıdır. Bu yönetmeliği takiben bazı yasal düzenlemeler Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından da gerçekleştirilir. Bu düzenlemelerle “Bakıma Muhtaç Engellilere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması olası hale gelir. Ayrıca evde bakımı üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konulur. Takibeden süreçte bakıma muhtaç engelli yaşlılar da bu kapsama alınır (22). Evde bakım bu kapsamı ile ne yazık ki “sosyal destek” diyebileceğimiz, yaşlının yıkanması, evinin temizlenmesi, alışverişinin yapılması ve benzeri gereksinimleri içeren bir kapsamı hedeflememektedir ve yalnızca yatağa bağımlı yaşlılara destek sağlamaktadır.

Takip eden yıllarda 10 ilde, devlet hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanır. “Sağlık Bakanlığı’nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile 2010’da bu hizmetleri ülkeye yaygınlaştırmak hedeflenir. Yönerge ile “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan

bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” amaçlanır. Aynı yıl evde sağlık hizmetlerinin kamu hastaneleri, aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezlerinin işbirliği içinde yürütülmesi başlatılır. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerine ek olarak halk sağlığı müdürlüklerine bağlı koordinasyon merkezleri oluşturulur, 2011’de “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” güncellenir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumuna Bakanlığa bağlı olan eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri kapsamında yapılandırılır. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi oluşturularak hizmet sunmasına olanak tanınır. Kamu tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri, Genel Sağlık Sigortası ile ‘günübirlik tedaviler’ kapsamında ödenmektedir (22).

Belediyelerin kimi illerde üstlendiği sosyal bakım, bu unsurları da kapsayacak biçimde genişletilmiş, ancak belediye hekimlerinin reçete yazamaması nedeni ile bu kez de belediyelerin sunduğu hizmette sağlık hizmetinin kapsamı daralmıştır. Oysa ihtiyaç ne sadece sosyal ne sadece sağlık desteğidir. İkisinin bileşimi olan bütünlüklü hizmet ihtiyacı yakıcı bir biçimde bu kapsamı zorlamaktadır. Ancak; Türkiye Sağlıkla Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020’de “**evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel evde bakım merkez ve birimleri, evde sosyal bakım ve destek hizmetlerinin ise belediyeler, belediyelerin yeterli olamadığı durumlarda ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulması için mevzuat düzenlenmesi**” belirtilmektedir (22). Bu planlamadan anlaşıldığı üzere, evde bakımın, sağlık hizmeti ve sosyal destek ayakları ayrı ayrı yürütülmeye devam edecek ve ihtiyaç olunan entegrasyon sağlanmayacaktır. Ayrıca aynı eylem planı kapsamında “**evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi**”, “**SGK tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması ile özel evde bakım merkezleri ve birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği kapsamına alınması**”, “**özel bakım sigortaları için de gerekli mevzuat yapısının oluşturulması**” ve “**hizmet modeli içerisinde yer alan sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin sigorta ödemeleri kapsamına alınması ve bu hizmetin denetlenmesi**” başlıkları dikkat çekmektedir. Bu hedeflerin yaşlı sağlığı alanında varolan eşitsizlikleri derinleştirme ve evde bakım alanını “özelleştirerek”, erişimin ücretsiz ve hakkaniyet çerçevesinde gerçekleşmesini tümüyle ortadan kaldırma potansiyeli

bulunmaktadır. Ülkemizde yaşlıların % 11.7'sinin sağlık güvencesi, % 27.1'inin sosyal güvencesi bulunmadığı düşünülecek olursa (23), yoksul, eğitimsiz, sosyal güvencesiz yaşlıların, evde bakım hizmetlerinden yararlanmasının önünde halen varolan bürokratik engellerin yanına, finansal engellerin eklenmesi olasılığı yüksektir.

2.3. Kurumlarda Yaşama İmkani

Türkiye'de kurumsal bakımın temeli 1930 yılındaki ilk yasal düzenleme ile atılır ve başlangıçta gönüllü kuruluşlar, belediyeler ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bu alanda görev üstlenir. İlk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi Eskişehir'de açılır. Yaşlı nüfusa sosyal hizmet sunumu 1983'te SHÇEK'na devredilir ve kurumun Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülür (24). Bugün; kurumlarda yaşama imkanı T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak yürütülmekte ve bu birime bağlı 109 huzurevi ve 11826 kişilik kapasite bulunmaktadır (25).

Bu kapasite ne yazık ki yıllar içerisinde belirgin artış göstermemiştir ve var olan kapasite de ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Bakanlığın bir başka bülteninde yıllar içindeki değişim Tablo-2'de gösterilmektedir.

Tablo-2. Bakanlık Bünyesinde Yer Alan Huzurevlerinin Sayısının Yıllar İçindeki Değişimi (16).

Yıllar	Huzurevi sayısı	Kapasite	Bakılan yaşlı sayısı
2014	124	12647	11688
2013	115	12241	11293
2012	106	11706	10951
2011	102	9783	10590
2010	97	9260	7979
2009	81	8126	7220
2008	79	8002	6773
2007	70	7552	6477
2006	69	7605	6082
2005	66	7173	5603
2004	62	6760	5389
2003	63	6580	5188
2002	63	6477	4952

Kuruma kabul koşulları; 60 yaş üstü olmak, bulaşıcı veya kanser hastalığı olmamak (sürekli tedavi gerektiren), mental ve psikolojik olarak iyi durumda olmaktır. Bu ölçütler, pek çok yaşlının kapsam dışı kalması anlamına gelmektedir. Yaşlıların durumuna dair 2007 yılındaki ulusal dökümanda, SHÇEK'e ait huzurevlerinde kalan yaşlıların cinsiyet ve ücret durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 50.46'sının ücretli olarak kurumlarda kaldığı, bu ücretli kalışlarda % 38'inin Emekli Sandığı, %49'unun SSK, %13'ünün Bağ-Kur emeklisi olduğu görülmektedir (26). Kamusal imkanlar yanı sıra özel kuruluşlarda da yaşlılara yatılı bakım imkanı sağlan-

maktadır. 2014 itibarı ile özel yatılı bakım huzurevlerinin toplam içindeki payı % 22,6 ile ikinci sıradadır. Kurumların dağılımı Tablo-3'te yer almaktadır (16).

Tablo-3. Kamu, Özel, Belediye, Vakıf ve Azınlıklara Ait Huzurevleri Sayısı ve Kapasiteleri (Temmuz 2014) (16).

Yatılı bakım huzurevleri	Sayı	Kapasite	%
TC. Aile ve Sosyal politikalar bakanlığına bağlı	124	12647	52.83
Yaşlı yaşam evi	28	114	0.48
Diğer bakanlıklara bağlı	2	566	2.36
Belediyelere ait	21	2055	8.58
Dernek ve vakıflara ait	27	2308	9.64
Azınlıklara ait	7	920	3.84
Özel	151	5328	22.26
TOPLAM	360	23938	100

Yoksul, kimsesiz, maaşsız, evsiz, kendine bakamayacak durumdaki yaşlının, bu kurumsal kapasite ile kendine yer bulması neredeyse imkansızlaşmaktadır. Oysa; kamusal hizmet herkesin hakkıdır ve kamusal hizmetin eşitsizlikler barındırması, toplumumuzda zaten var olan sosyal, ekonomik ve kültürel ayrımları daha da derinleştiren bir işlev görmektedir. Eşitsizlikler penceresinden bakıldığında, yaşamın yaşlılık öncesi dönemlerinde sağlıklı bir birey olunmasını sağlayan sosyo-ekonomik tüm unsurlar yanı sıra güvenceli istihdam, eğitim ve sağlık gibi kamusal kaynaklara eşit, adil ve yeterli erişim onu daha bağımsız bir yaşlılığa taşır. Yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar öncelikle tüm hayatı kapsayan bir perspektifle yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya, eşitsizlikleri gidermeye odaklanmalıdır. Ne yazık ki, kamusal hedef ve planlamalarda, çözüm önerilerinin böylesi bir kapsamda değerlendirilmediği görülmektedir. Örneğin, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020'de, *Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler* incelendiğinde aile hekimliği uzaktan eğitim modülü hazırlanması, halk eğitim toplantıları yapılması, televizyonlarda eğitim programları hazırlanması, görsel basında eğitim programlarına yer verilmesi, okullarda eğitsel faaliyetler düzenlenmesi gibi eğitim hedefleri ya da durum saptama, tarama yapma ve tedavi etmeye ilişkin hedefler dikkati çekmektedir (22). Elbette ki bu başlıklar hedeflenmelidir; ancak bu kapsam, yaşlı beslenmesine dair sorun alanının sosyal ve ekonomik nedenlerle örülmüş olduğu gerçeğini görmez ise, başarılı olma, yani yaşlıların beslenme sorunlarını azaltma potansiyelini taşımamaktadır. Bugün gelişmiş ülkelerde, kamusal hedefler, eşitsizlikleri gören bir bakış açısı ile şekillenmektedir. "Nedenlerin nedenlerini" ortaya koyan ve bu alanlardaki eşitsizlikleri gidermeyi hedef alan bir bakış açısı, eylem planlarımızdaki en temel eksiklik olarak öne çıkmaktadır.

3. Sonuç

Yaşlılık kaçınılmaz biyolojik bir gerçektir. Ancak; toplumun sosyal ve ekonomik yapısı yanı sıra kaynaklarını yaşlılara ayırmadaki cömertliği/cimriliği, yaşlanmanın getireceği çeşitli yükleri hafifletebilir ya da ağırlaştırabilir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde; ülkemizde bu alana ayrılan kaynakların ve kurumsal kapasitenin yetersiz, eşitsizlik perspektifinden yoksun ve

aile veya toplum temelli mekanizmaları öne çıkaran bir kurgu içinde olduğu görülmektedir. Yeni değerler sisteminin yalnızlaştırdığı yaşlı bireyler, azalan fiziksel kapasiteleri, sosyal ve ekonomik kaynaklarındaki yoksunluklarına rağmen kamunun destek ve korumasından mahrum kaldıklarında, toplumun en kırılgan nüfusları arasında yerlerini almaktadır.

Kaynaklar

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables. 2015; Working Paper No. ESA/P/WP.241
2. Danış ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık; 2004:20.
3. Baran AG. Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. İçinde: Kalınkara V, Akın G. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2007:236-4.
4. Laslett P. Household and Family in Past Time. London: Cambridge University Press;1972.
5. Goode WJ. World Revolution and Family Patterns. New York: The Free Press;1970.
6. Zachary Z, Dayton J. The living arrangements of older adults in sub-Saharan Africa in a time of HIV/AIDS.2003
7. Ogawa N, Retherford RD. The Resumption of Fertility Decline in Japan: 1973-1992. Population and Development Review 1993;19:703-741.
8. Gerlock E. Discrimination of older people in Asia. Age Discrimination in 5 continents: real issues, real concerns. International Federation on Ageing Conference Copenhagen 30th May – 2nd June, 2006.
9. Bongaarts J, Zimmer Z. Living Arrangements of Older Adults in the Developing World: An Analysis of DHS Household Surveys. Policy Research Division. New York, Population Council. 2001; Working Paper No.148.
10. OECD. Pensions at a glance 2011: Retirement-income systems in OECD and G20 countries. OECD publishing. 2011. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. http://dx.doi.org/10.1787/pensions_glance-2011-en
11. Sosyal Güvenlik Kurumu. Kayıt dışı istihdam oranları. 2015 [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/
12. Amanda H, Gorman M. Chronic Poverty and Older People in the Developing World. Help Age, Chronic Poverty Research Centre. 2002; International CPRC Working Paper No:10.
13. Holzmann R, Robalino DA, Takayama N. Closing the cover age gap: Role of social pensions and other retirement income transfers. World Bank Publications, 2009.
14. Help Age International. Pensions watch database, social protection in older age. 2015. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://www.pension-watch.net/pensions/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-around-the-world/>
15. Mevzuat, 2015. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2022.doc
16. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı. Engelli ve yaşlı bireylere ilişkin istatistikî bilgiler.Yıllık istatistik bülteni. 2015 [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. http://eyh.aile.gov.tr/data/551169ab369dc57100ffb13/engelli%20ve%20ya%C5%9Flu%20bireylere%20ili%C5%9Fkin%20istatistik%20bilgiler_2015.pdf
17. TÜİK. Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2014.2015. [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
18. Engelliler Platformu. 2015 yılı 2022 Aylığı Miktarları ve Muhtaçlık Sınırı belli oldu. Ağustos 2015 [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://www.engelliler.biz/forum/2022-engelli-ayligi-ile-vakif-ayligi/142965-2015-yili-2022-ayligi-miktarlari-ve-muhtaclik-siniri-belli-oldu.html>
19. Resmi Gazete. 2 Ağustos 2013 Tarihli ve 28726 Sayılı Resmi Gazete. 2013. [Erişim tarihi 1 Aralık 2015]. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130802.pdf>
20. Ergin I, Mandiracioglu A. Inequalities for Self-Rated Health and Happiness in Turkish Elderly, World Values Survey 1990-2013. Arch Gerontol Geriatr. 2015; 61(2):224-30.
21. World Health Organisation. Information Needs for Research, Policy and Action on Ageing and Older Adults in Africa Report of A Workshop On Creating A Minimum Data Set For Research, Policy And Action On Ageing And The Aged In Africa Harare, Zimbabwe. 20-22 January 2000.
22. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020, Ankara: 2015: Yayın No:960, ISBN 978-975-590-520-4
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2010.
24. Giray H, Meseri R, Saatlı G, Yüceci N, Aydın P, Uçku R. Türkiye'ye İlişkin Yaşlı Sağlığı Örgütlenmesi Model Önerisi. Kor Hek. 2008; 7(1):81-86
25. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne Bağlı Huzurevleri. [Erişim tarihi 2 Aralık 2015]. <http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6983369dc328a057c1f1/blob.pdf>
26. DPT. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. 2007:Yayın No: 2741.

Yaşlıda ruh sağlığını koruma-pozitif psikoloji ve müdahale yöntemleri

Protecting mental health in the elderly-positive psychology and intervention methods

Melis Öztürk

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir

Öz

Pozitif psikoloji, insan davranışının, bozulmuş tamir eden hastalık modeli çerçevesinde açıklanmasına karşı çıkan yeni bir psikoloji yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, normal insan davranışının olumlu bireysel özelliklerine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda, hayatı yaşamaya değer kılan değer ve deneyimlerle ilgilenmektedir. Buna göre, mutluluk, iyi-oluş, özgeçilim, yaşam doyumu, iyimserlik en çok merak edilen araştırma konuları olmuştur. Pozitif psikoloji sadece normal insan davranışı hakkında bilgi sağlamaz, aynı zamanda müdahale yöntemleri geliştirerek, ruh sağlığının korunmasına yönelik önerilerde bulunur. Mutluluk, iyi-oluş ve yaşam doyumunu arttırmak için geliştirilen bu yöntemler, yaşlı bireylerin ruh sağlığını korumak için de uygulanmaktadır. Bu yazının amacı, yaşlı bireyler için ruh sağlığının korunmasına yönelik pozitif psikoloji yaklaşımı ve müdahalelerinin etkili olup olmadığını göstermektir. Birinci bölümde, pozitif psikolojinin temel varsayımları, tarihçesi ve araştırma alanlarından bahsedilmekte, ikinci ve üçüncü bölümlerde temel kavramlar olan mutluluk ve iyi oluş, ruh sağlığı korunması açısından tartışılmakta, son bölümde de yaşlı için pozitif psikoloji müdahale yöntemleri, ilgili literatür doğrultusunda sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Pozitif psikoloji, mutluluk, iyi oluş, yaşlı, müdahale yöntemleri.

Abstract

Positive psychology is a new psychology approach which is opposed to explain human behaviour within a disease model framework that repairing damage. This approach, focuses on the positive individual traits of normal human behaviour. In this context, it is concerned with the experiences, virtues that make life most worth living. Accordingly, happiness, well-being, altruism, life satisfaction, optimism have been the most intriguing research subjects in positive psychology. Positive psychology does not only provides with information about normal human behaviour, but also makes recommendations for protection of mental health by developing intervention methods. These methods which have been developed to increase happiness, well-being, life satisfaction, also have been applied in elderly people to protect their mental health. The aim of this report is to present whether positive psychological approach and interventions are effective for elderly people to protect their mental health. In the first section, the basic principles, history and research areas of positive psychology are presented; in the second and third section, the basic subjects, happiness and well being are discussed with regards to protect mental health and in the last section, the intervention methods of positive psychology for elderly are presented with related literature reports.

Keywords: Positive psychology, happiness, well-being, elderly, intervention methods.

1. Pozitif Psikoloji

Ruh sağlığı çalışanları muhtemelen “Çok mutsuzum, kendimi çok kötü hissediyorum. Ne yapmam lazım?” cümlesini “Kendimi iyi hissediyorum, hayatımı daha iyi ve anlamlı yaşayabilir miyim?” cümlesine göre daha sık duymaktadır. Görülen bu sıklığın nedeni ruh sağlığı çalışanlarının birer “sorun çözücü” olarak görülmesi midir yoksa kendilerinin sadece “tanı koyma ve tedavi etme” prensibini ön plana alarak bu “sorun çözücü” bakışı geliştirmesi midir? Ya da nispeten normal insan davranışlarının ve hayatının görmezden gelinmesi midir?

Tüm bu sorular ve türevleri, 1998 yılından itibaren Martin Seligman ve Mihaly Csikszentmihalyi tarafından sorulmaya ve sorulara cevap bulmak için çalışılmaya başlanmıştır. Seligman ve Csikszentmihalyi, *psikoloji* biliminin, insan davranışını sürekli hastalık modeli (“disease model”; bir nevi bozulmuş olanı onarma prensibi) üzerinden açıklaması amacına yönelmiş olmasına karşı çıkmışlardır. Bu doğrultuda ortaya çıkan *pozitif psikoloji*, nispeten normal kabul edilebilecek insan davranışına vurgu yaparak, kişilerin olumlu niteliklerine (positive personal traits) odaklanılmasını ve hayatının iyileştirilmesinin gerekliliğini savunmaktadır (1). Bu noktada şunu mutlaka belirtmek gerekmektedir; pozitif psikoloji hastalık modeli ya da patoloji odaklı yaklaşıma karşı çıkma ya da onun yerini alma gibi bir kaygı taşımamaktadır. Sadece bu zamana kadar göz ardı

Yazışma Adresi: Melis Öztürk
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Geriatri Bilim Dalı, Bornova, İzmir

edilmiş olduğuna dikkat çektiği nispeten normal insan davranışlarına ve insanın olumlu niteliklerine vurgu yapmaktadır.

Pozitif psikoloji, normal insan davranışını açıklamaya çalışırken, deneysel metodolojiyi kullanarak, sübjektif yaşam deneyimlerini araştırmaktadır (1,2). Buna göre bireysel düzlemde, sevgi, mutluluk, meslek, cesaret, kişilerarası ilişkiler, estetik duyarlılık, başışlama, özgünlük, gelecek farkındalığı, maneviyat, bilgelik; grup düzeyinde, iyi vatandaş olma, erdem, sorumluluk, özgeçlilik, hoşgörü ve iş etiği gibi temalar pozitif psikolojinin araştırma konuları olmuştur (1).

DSM (Diagnostic and Statistical Manual) tanı kriterlerinin oluşturulması, ruh sağlığı bozukluklarını değerlendirme ve bozukluğa uygun tedavi geliştirme açısından oldukça önemli ve değerlidir. Ancak bu durum, geliştirilen ve halen sıklıkla kullanılan psikoterapi yöntemlerini sadece ruhsal bozukluğu olan kişileri iyileştirme amacı taşımakla sınırlandırmakta; o kişilerin iyileştikten sonraki yaşamlarına ait bir açıklama, yaklaşımları bulunmadığı görülmektedir. Pozitif psikoloji ise bu açığı, nispeten normal insan davranışını gözetererek ruh sağlığı koruma sistemine bilgi sağlayarak yapmaktadır. Bu yaklaşımda, koruma üzerine yapılacak tüm müdahaleler, var olan yapının (insana ait tüm özelliklerin) yetkinliğini artırma üzerine kurulmuştur. Dolayısıyla, pozitif psikolojinin tüm uygulamaları; kişilerin olumlu, güçlü özelliklerinin belirlenip geliştirilmesine, olumlu duygulanımlar (positive affect) yaşamalarına ve bireysel iyi oluşlarını (well-being) artırıcı yöntemler aracılığı ile ruh sağlıklarının korunmasına odaklanan bir yaklaşıma sahiptir (1).

2. Pozitif Psikoloji Perspektifinden: Mutluluk (happiness) ve İyi Oluş (well-being)

Pozitif psikolojinin müdahale yöntemleri (intervention methods), iyi ve anlamlı bir yaşam için ortam hazırlama ve bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarma gibi iki temel amaca sahiptir. Bu amaç doğrultusunda, mutluluk ve iyi oluş kavramlarına ayrıca önem verilmektedir (3,4). Bu konularla ilgili pek çok çalışmaya zemin hazırlarken, aynı zamanda da elde edilen sonuçlara dayanarak ruh sağlığını korumaya yönelik çeşitli uygulamalar, müdahale yöntemleri geliştirilmektedir (5,6). Bu nedenle müdahale yaklaşımlarından önce mutluluk ve iyi-oluş kavramlarını açıklamakta yarar vardır.

2.1. Mutluluk

"Bana mutluluğun resmini yapabilir misin, Abidin?" diye sorar Nazım...Mutluluk konusu felsefeden, sanata, ekonomiden, sağlığa kadar pek çok alanın merak ettiği bir konudur. Dolayısıyla, mutluluğu açıklama üzerine yapılan tanımların oldukça geniş olduğu söylenebilir.

Mutluluğa bir duygu (emotion) olarak bakılırsa, temel 7 duygudan biridir ve duygu tanımının doğası gereği bir anda ve hızlıca (saniyenin onda biri gibi bir süre)

meydana gelir (7-9). Pozitif psikolojinin mutluluk tanımı ise bu açıklamadan biraz farklıdır; mutluluk daha çok duygunun, duygudurum (mood) ya da duygulanım (affect) haline gelmesini ifade etmektedir. Başka bir deyişle, mutluluk duygusunun bir bilişsel değerlendirme aşamasından geçerek, yaşam içerisinde devamlılığının olmasını vurgulamaktadırlar.

Sosyal psikolog Jonathan Haidt'e göre mutluluk, hemen bulunacak, edinilecek bir şey değildir; kişinin çevresindeki ilişkilerle ve ilişkiler için doğru koşulları sağlaması ile gerçekleştirilebileceği bir durumdur (5). Ayrıca, mutluluk için, kişinin kendisini ve dünyasını değiştirmesi, amaçlarının peşinden gitmesi ve başkalarıyla uyumu sağlaması gerektiğini belirtmektedir.

Lyubomirsky, Sheldon, Schake'ın ise mutluluk için bir formülleri vardır; $M = A + K + G$. Buna göre mutluluk (M); kişinin biyolojik ayar noktası (A), yaşam koşulları (K) ve gönüllü faaliyetlerinin (G) toplamıdır (10). Bu formül, diğer tanımlardan farklı olarak, mutluluk için daha geniş bir tanımlama alanı sunmaktadır.

Formülde bahsedilen **biyolojik ayar noktası** aslında Bağlanma Kuramı'na (Attachment Theory) dayanmaktadır (11). Her ne kadar bu kuram bebek çalışmalarına dayansa da tüm yaşamı kapsayan (yetişkin bağlanması, evlilik, yetişkin ilişkileri) bir kuram haline gelmiştir (12). Sevgi ve güven bu faktörün temelini oluşturmaktadır ve kişinin diğer insanlarla ilişkilerini belirleme etkisine sahiptir.

Formülün ikinci faktörü olan **yaşam koşullarına** bakıldığında, cinsiyet, ırk, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durumdan söz edilmektedir.

Gönüllü faaliyet olarak adlandırılan formülün üçüncü faktörü, istemli ve isteyerek yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Belli bir tercih, çaba ve dikkat gerektirmektedir. Bu nedenle, bu faktörün diğer faktörlere göre, kişilerin mutluluk düzeyleri üzerinde etkisinin daha fazla olabileceği belirtilmektedir.

Lyubomirsky, Sheldon, Schake'ın bu mutluluk formülü önemlidir; çünkü yapılan çalışmalarda ve kişilerin iyilik hallerini sağlamak için pozitif psikoloji temelli geliştirilen uygulamalar ve terapi yöntemleri bu faktörler gözeticilerle oluşturulmaktadır (6).

2.2. İyi Oluş

İyi oluş kavramı, kişilerin öznel olarak mutluluklarını ifade eden bilimsel terimdir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, mutluluk ve iyi oluş kavramlarının beraber kullanımının yaygın olduğu görülmektedir (3,4,13,14).

Diener'in "İyi Oluş Modeli"nde kişinin mutluluğu; kendi hayatını, çevresini ve duygularını nasıl adlandırdığı ile açıklanmaktadır (14). Olumlu duygulanım (positive affect) ve yaşam doyumu (life satisfaction), iyi oluş için temel iki faktör olarak görülmektedir (15,16). Dolayısıyla, mutluluk için de bu faktörlerin etkili olduğu; olumlu duygulanıma sahip olan ve yaşam doyumu yüksek olan

kişilerin mutluluk düzeylerinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (17).

3. Yaşlı Bireylerde Mutluluk ve İyi Oluş

Yaşlanma, mevcut bilişsel işlevleri yerine getirmede yavaşlama ve tepki zamanında uzamanın görüldüğü, kronik hastalıkların görülme oranındaki artış ve buna bağlı olarak ya da olmayarak depresyon ve kaygı bozuklukları görülme oranında artışın görüldüğü bir süreçtir (18-24).

Erikson'a göre (1963) başarılı bir yaşlanma, kişinin fiziksel ve sosyal olumsuzluklara uyum sağlaması ile mümkündür. Üretken, sevebilen, yaşamdan doyum sağlayabilen insan için yaşlılık dönemini, yaptıkları, ürettikleri ve birikimleri açısından en verimli dönem olarak tanımlamaktadır (25). Wilson (1967) "genç olma"yı önemli bir mutluluk kaynağı olarak tanımlamıştır (26). İlerleyen yıllardaki çalışmalarda, yaşlılık döneminin diğer dönemlere nazaran mutsuz olunan bir dönem olduğu da belirtilmiş (27), yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığı gösterilmiştir (28). Bu noktada, sağlıklı diye tanımlayacağımız yaşlı bir birey, mutluluk, iyi-oluş ve yaşam doyumunun sağlanmasıyla verimli bir dönem geçirebilecektir.

Yukarıda belirtilen sonuçlara rağmen (26-28), yaşlı bireylerin potansiyel olarak bazı kişisel özelliklerinin mutluluk ve iyi-oluşu geliştirici olduğu görülmektedir. Özellikle genç bireylere nazaran, olumlu duygulanımı daha uzun süre yaşama (29), huzur ve memnuniyet duygularına gençlere göre daha fazla sahip olma bu konuda dikkat çekicidir (30). Dolayısıyla, yaşlı bireylere özelleşen bu özellikler, yaşam doyumunu, mutluluk ve iyi oluş hallerinin sağlanması için potansiyel bir ortam yaratmakta ve bu özelliklerin, gerek terapi gerek müdahale sürecinde kullanılabilirliği göze çarpmaktadır. Bir önceki bölümde bahsedilen mutluluk formülündeki gönüllü faaliyetlere ayrıca önem verildiği belirtilmişti. Bu faktörün özellikle yaşlılık dönemi için de önemli bilgiler sağladığı, yaşam doyumunu için olumlu duygulanım üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Gönüllü faaliyetler, sosyal hayatın içinde var olmayı getirmekte ve insan yaşamının bir parçası olduğu sürece olumlu yansımaları olabilmektedir. Genel olarak düşünüldüğünde, bir şeyi diğerleriyle beraber yapmak, tek başına yapmaya kıyasla açık ara daha olumlu etkilere sahiptir (31); kişilerin hem benlik saygısını hem de yaşam doyumunu arttırmaktadır (32,33). Yaşlı bireylerin yaşamlarındaki kayıpları da düşünüldüğünde, bu faktör özellikle sosyal hayatta var olma, sosyalleşme imkanı sağlama, kendine güven duyma açısından olumlu etkiler sağlayabilir.

Yaşlı bireyler için gönüllü çalışmaların yaşam beklentisi üzerinde de etkili olduğu belirtilmektedir.

Yardım etme davranışı önemli bir gönüllü faaliyettir. Eşlerine, yakınlarına ve arkadaşlarına daha çok yardım eden yaşlı bireylerin, daha az yardım edenlere göre daha uzun yaşadıkları gösterilmiştir (34). Bu çalışmanın

bir diğer önemli sonucu da yardım görme davranışı ile yaşamın uzunluğu arasında herhangi bir ilişkinin görülmemiş olmasıdır. Dolayısıyla bu çalışma bulgularının en önemli mesajı; yaşlı bireylerin yaşamlarının anlamlı olması, olumlu duygulanımların ve iyilik hallerinin devamı için aktif ve gönüllü faaliyetlerde bulunmalarının önemli olduğudur. Diğer bir önemli nokta ise yaşlı bireylerin çevresindeki kişilerin "verici" konumda olmalarının, yaşlı bireylerin mutlulukları üzerinde çok da bir etki yaratmadığıdır.

Gönüllü faaliyetleri sergilemede kişileri sınırlayan, yaşamdaki "kontrol" davranışlarıdır. Yaşlı bireylerin, "daha rahat etsinler" ya da "yardımcı olma" gibi düşüncelerin birleşimi olarak, karar verme işlevlerinin engellendiği; bağımsız hareket edebilme olanaklarının azaltılarak "fiziksel sağlıkları"nın korunmasının amaçlandığı ortamlar farkında olmadan hazırlanabiliyor. Bu tarz "iyi niyetli" yaklaşımların sonuçlarının hiç beklenmedik şeylere sebep olabileceğini yapılan çalışmalar çok net ortaya koymaktadır. Öyle ki, kontrol algısındaki artışın, özellikle de yaşlı bireylerin iyi oluş halleri üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilmektedir (35).

Kontrol algısı ve yaşlılık düşünüldüğünde, huzurevi faktörü fazlasıyla ön plana çıkmaktadır. Langer ve Rodin'in huzurevi sakinleriyle yaptıkları bir çalışma bu konuda oldukça önemli bilgiler sağlar. Bu çalışmada deney grubundaki yaşlı bireylere, onların istediği anda hemşirelerin onlarla ilgilecekları 15 dakika verilmiştir. Kontrol grubundaki yaşlılara ise böyle bir tercih hakkı verilmemiştir. Çalışma sonuçlarına göre huzurevinde kalan yaşlı bireylere daha fazla sorumluluk ve kontrolü elinde tutma fırsatı verildiğinde var olan sağlık durumlarının daha iyi gelişme gösterdiği, kontrolü elinde bulunduran gruptaki yaşlı bireylerin hem sağlıklarının iyiye gittiği hem de daha sosyal oldukları görülmüştür (36,37). Yalnız bu noktada Rodin (1986) kişinin sadece bu özelliğe sahip olmasının yetmediğini vurgulamaktadır. Öyle ki, var olan bu özelliğin sosyal ortam tarafından da desteklendiği takdirde olumlu etkilerinin olacağını; aksi takdirde yaşlı bireylerde içe çekilme, kendini suçlama gibi olumsuz etkilerin görülebileceğini belirtmiştir (38).

Benzer şekilde, yakın zamanda huzurevinde kalan yaşlıların mutluluk durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, huzurevinde kalan ve kalmayan yaşlıların mutluluk seviyelerinde herhangi bir fark görülmemiş; ancak, huzurevinde kalan yaşlıların huzurevine taşındıktan sonra mutluluk düzeylerinde bir düşüş olduğu görülmüştür (16). Araştırmacılar, bu düşüşü kontrol algısındaki zayıflık ve kendine güvendedeki düşüklükle açıklamışlardır.

Kontrol davranışının sadece fiziksel sağlık üzerinde değil, terapötik süreçte de etkili bir faktör olduğu görülmekte, artan kontrol davranışının terapi sürecini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (39). Dolayısıyla, yaşlı bireylerde uygulanacak psikoterapi ve müdahale

sürecinde bu faktörün etkisini göz önünde bulundurmak önemlidir.

Yaşlı bireylerin mutluluk ve iyi-oluşları üzerine yapılan bu çalışmalar, sağlıklı bir yaşlanma süreci için yaşlı bireylere ait pasif konumla özdeşleşen şemaların gözden geçirilmesinin gerektiğini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireyler bağımsız olabilecekleri, kendi seçimlerini yapabilecekleri, aktif faaliyetlerde bulunabilecekleri bir hayatta daha mutlu olacaklardır. Mutlu olmaları da yaşlılık döneminde görülebilecek hem ruhsal hastalıklar hem de kronik hastalıklar için koruyucu bir görev görecektir.

4. Yaşlı Bireyler için Pozitif Psikolojinin Müdahale Yaklaşımı

Ruh sağlığı hizmetlerine bakıldığında, amaç sadece sorun yaşayan kişilere yardım etmek olmamalı, herhangi bir sorunu olmayan kişilerin yaşamlarının daha iyi olması için de yardım etmek olmalıdır.

Pozitif psikoloji ekseninde yer alan tüm terapi, müdahale uygulamaları; olumlu duygulanımı, yaşam doyumunu ve bireysel güçlü yönleri artırarak, iyi-oluş ve mutluluk halinin geliştirilmesi doğrultusunda oluşturulmaktadır (2). Bu doğrultuda geliştirilen terapi uygulamaları, diğer terapi yöntemlerinden farklı olarak semptomla özgü değil, bireysel kişilik özelliklerinin gözetilerek, kişiye özgü yöntemler içermesi bakımından terapistte daha özgür bir uygulama alanı sunmaktadır (40). Bu alanın tüm uygulamalarında temel bazı uygulamalar sıklıkla yer almaktadır; bunlar aktif-yapılandırılmış tepki uygulaması, şükran uygulaması, minnettarlık uygulaması, hayat özeti uygulaması, kişiliği güçlendirme uygulaması ve yaşamın tadını çıkarma uygulamasıdır (41). Tüm bu uygulamalarda farklı görevler kişilere sunulmakta ve kişilerin mutluluk ve iyi oluş hallerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Pozitif psikolojide geliştirilen müdahale yöntemlerindeki temel yaklaşım, yaşlılık dönemi için uygulanacak müdahalelerde de geçerlidir. Yani, yaşlı bireylerin güçlü yanlarına odaklanıp bunların geliştirilmesi, olumlu duyguların geliştirilmesi, iyi oluşun sağlanması ve hayatın daha anlamlı olmasının sağlanması temeldedir (42). Özel amaç ise, yaşlı bireylerin geçmişten doyum sağlamalarını, şimdi için mutlu olmalarını ve gelecek için iyimser olmalarını sağlamaktır. Öyle ki, kişiliğin güçlendirilmesi ve yaşam doyumunu arttıracak uygulamalar, yaşlı bireylerde ruhsal hastalıklara karşı tampon görevi görecektir (1).

Tüm bunların yanında, özellikle yaşlı bireylerde uygulanacak psikoterapi sürecinde dikkat edilmesi gereken önemli bir konu, iyimserliktir (optimism). Normalde psikoterapi sürecinde, iyimser bakışın gelecekte olabilecek ruhsal sorunlara karşı hem koruyucu hem de ortaya çıktığı durumlarda da olası olumsuz sonuçlarıyla baş etmede yardımcı bir faktör

olduğu belirtilmektedir (43). Ancak Isaacowitz ve Seligman, olumsuz yaşam olaylarından sonra yaşlı bireylerde görülen iyimserliğin azalan gerçeklik algısına dönüştüğünü ve bu yönüyle risk oluşturduğunu belirtmektedirler (44). Bu nedenle yaşlı bireylerle yapılacak psikoterapi uygulamalarında buna dikkat etmek, uygun olmayan/yersiz iyimser bakış telkinlerinde bulunmamak gerektiği önerilmektedir.

Pozitif psikolojinin müdahale yöntemlerinde, araştırma konularından elde edilen bilgilerin rolü büyüktür. Bu doğrultuda, Seligman ve arkadaşları, bireylerin mutluluk ve iyi oluşlarını geliştirmeye yönelik "Pozitif Psikoloji Çalışmaları" (Positive Psychology Exercises) adıyla uygulamalar bütünü geliştirmişlerdir (Tablo-1). Bu uygulamalar özetlenerek verilmiştir; ancak temelde nasıl bir yol izlendiğine dair bir çerçeve çizmektedir. Özellikle yazma eylemi, kişinin kendine ve yapabileceklerine dair farkındalık geliştirmesi, kendi kişiliklerinin olumlu ve güçlü özelliklerine odaklanmaları bu uygulamada dikkat çekmektedir.

Tablo-1. Seligman, Steen, Park ve Peterson'ın Uygulamaları*

1. Plasebo Kontrol Alıştırması
Katılımcılardan bir4 hafta boyunca her gece anılarını yazması istenir.
2. Teşekkür ziyareti
Katılımcılardan bir hafta içerisinde kendilerine karşı çok iyi olan, ancak teşekkür etme fırsatı bulamadıkları bir kişiyi seçmeleri, o kişiye mektup yazıp, mektubu vermeleri istenir.
3. Yaşamda Üç İyi
Bu maddede bir hafta boyunca her gece o gün iyi giden üç olayı sebepleriyle beraber yazmaları istenir.
4. En İyi Sız
Kendilerini en iyi hissettikleri zamanı yazmaları, hikayede kişisel olarak güçlü oldukları yönleri ayrıntılı ve dikkatlice düşünmeleri istenir. Bu hikayeyi bir hafta boyunca her gün tekrar düzenleyebilir ve belirledikleri güçlü yönleri hakkında ayrıntılı düşünebilirler.
5. Ayırt Edici Gücü Yeni Yolda kullanma
Araştırmacıların geliştirdikleri ölçeklerin yapılması istenir ve bireysel geribildirimler sonucunda katılımcıların en iyi oldukları beş güçlü yön belirlenir. Bir hafta boyunca her gün belirlenen bir güçlü yönün ya yeni bir yolla ya da eskiden yapılan bir yolla yapılması istenir.
6. Güçlü Yönleri Belirleme
Bu son maddede katılımcıların ilgili anketlere katılmaları istenir, bu doğrultuda belirlenen beş güçlü yön katılımcılara söylenir ve hafta boyunca birkaç kere bunları yapmaları istenir.

*40 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Araştırmacılar geliştirdikleri bu uygulamanın geçerliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, özellikle 3. ve 5. yöntemin 6 ay içerisinde katılımcıların depresif semptomlarında azalma ve mutluluk düzeyinde gelişme

sağladıklarını; ikinci yöntem olan teşekkür ziyaretinin, 1 ay içerisinde katılımcıların olumlu duygulanımlarında oldukça büyük bir gelişme göstermelerine yardımcı olduğunu göstermişlerdir (40).

Haidt ise “daha mutlu bir hayat” için 5 yol önermektedir (Tablo-2). Haidt’ in yaklaşımında, tıpkı mutluluk formülünde olduğu gibi, yaşamın tüm yönlerini kapsayan bir bakış vardır (45). İlk adım kişinin kendine ait farkındalığı sağlamasıdır. Sonraki adımlarda zihinsel alıştırmalar, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sosyal ve mesleki ilişkilere vurgu yapmaktadır.

Yukarıda önerilen iki uygulama bütünü de insan yaşamının pek çok dönemine uygulanabilir özelliktedir. Temel vurgu olan anlamlı yaşam, olumlu duygulanım, mutluluk ve iyi oluşun tüm yansımaları bu uygulamalarda görülebilmektedir.

Yaşlı bireylere uygulanan uygulamalarda da etkili gelişmeler gözlemlendiği belirtilmektedir. Yapılan bir uygulamada, pozitif psikolojinin 8 temel teması iyimserlik (optimism), teşekkür/şükran (gratitude), yaşamdan tad alma gücü (savoring), mutluluk (happiness), merak (curiosity), cesaret (courage), özgecilik (altruism) ve yaşamın anlamı (meaning of life) belirlenmiş, bu doğrultuda bir terapi programı oluşturulmuş ve bu program 9 hafta boyunca yaşlı bireylere uygulanmıştır. 9 hafta sonunda, yaşlı bireylerin depresif semptomlarında azalma, yaşam doyumlarında artış, genel mutluluk düzeylerinde artış olduğu görülmüştür (6).

Pozitif psikolojinin teşekkür ziyareti ve yaşam özetini içeren uygulamaları özellikle geçmiş hayata yönelik uygulamalar olma özelliğine sahiptir (41). Bu yönüyle yaşlı bireyler için tercih edilebilecek uygulamalar olarak önerilebilir. Ayrıca, “Pozitif Psikoterapi” adıyla geliştirilen terapi yöntemi, literatürde sıklıkla bahsedilmeye başlanan Budist öğretilerden temellenen “Farkındalık Terapisi” (Mindfulness Therapy) ve “Bağışlayıcı Terapi” (Forgiveness Therapy) gibi hem pozitif psikoloji hem de bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoterapi uygulamalarının iyi oluş, mutluluk, duygudurum, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkma becerileri üzerinde olumlu etki gösterdiği görülmektedir (46-50).

Pozitif psikolojinin yeni gelişen bir akım olması sebebiyle, yukarıda bahsedilen tüm yöntemlerin ülkemizdeki uygulanma düzeyleri oldukça sınırlıdır. Ancak yapılan çalışma sonuçlarından edinilen bilgiler ışığında, bu yöntemlerin özellikle ruh sağlığına yönelik koruma işlevi görmesi açısından da oldukça etkili olduğu söylenebilir. Bu nedenle, ülkemizde de ruh sağlığı alanında pozitif psikolojinin çalışma bulguları ve uygulama yöntemlerinden yararlanılabilir.

Kaynaklar

1. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. Rev Saude Pública 2012;46(2):310-9.

Tablo-2. Haidt’in Daha Mutlu Bir Hayat İçin Önerileri*

1. Kendini Bil.

Bu madde öncelikle kişinin kendini tanımasını, kendi özelliklerini bilmesini gerektirmektedir. Bunun için de kişinin kendini değerlendirmesini, kendi eleştirilerini göz önünde bulundurmasını içermektedir.

2. Bedenini ve Zihnini Güçlendir.

Haidt bu madde için kişilerin sağlıklı beslenmelerini, fiziksel aktivitede bulunmalarını, meditasyon yapmalarını ve gerektiğinde psikoterapi almalarını önermektedir.

3. İlişkilerini Güçlendir.

Öncelikle düşünülmesi gereken, “Ölüm döşeğindeyken zamanınızı işte ve çok çalışarak mı değerlendirmeyi tercih ederiniz yoksa arkadaşlarınız ve sevdiğinizle mi?” sorusunun temel alınmasıdır. Bu noktada Haidt, kişilerin sıradan şeylerin dışında bir şeyler yapmaları gerektiğini, bir gruba katılma ya da tamamen bir grup kurmalarının yararlı olacağını belirtmektedir. Haftada bir ya da ayda bir buluşma periyodları ile bir araya gelip çeşitli aktivitelerde bulunulmasının yararlı olacağını ifade etmektedir.

4. İşini Sevilir Hale Getir.

Bu maddede öncelik insanlara yardım etme ve evrensel iyilik amacının güdülmesi temeldir. Kişilerin işlerinde uzmanlaşmasının, işini daha güzel hale getiren çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerin güçlendirilip yapılan işte kontrolün sağlanmasını önermektedir.

5. Kendini Aş.

Haidt bu madde için “erdem”li bir hayat yaşamının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bunun için de barış, birlikte yaşama, işbirliği, gönüllü faaliyetlerde bulunma gibi önerilerde bulunmaktadır. Ayrıca doğa ve evrenle bütünleşme, yargılamadan kaçınma, mutluluk, neşe, minnet gibi duyguların sonsuzluğunu anlama gibi durumların sağlanmasına vurgu yapmaktadır.

*45 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Sonuç

Genel olarak bakılacak olursa, pozitif psikolojinin en temelde vurguladığı nokta iyi, mutlu ve anlamlı bir hayat yaşamak amacıdır. Yaşlı bireylere uygulanacak tüm müdahalelerde, yaşamın diğer dönemlerinde olduğu gibi sosyal anlamda var olmalarının desteklenmesi, kendilerini yararlı hissetmeleri, kişilerarası ilişkilerinin sürdürülmesi, olumlu duygulanımlarının geliştirilmesi en birincil amaç olmalıdır. Pasif alıcı konumun değil, aktif ve verici rollerin pekiştirilmesi, yaşlı bireylerin mutlu ve anlamlı bir yaşam sürmeleri için gereklidir. Bu nedenle bu durumun sosyal çevre tarafından da kabul edilebilir olması için düzenlemeler yapılmalı, var olan tutum ve düşüncelerin buna göre düzenlenmesi sağlanmalıdır.

2. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Soc Sci Med* 2003;56(5):935-47.
3. Nagata JM, Hernández-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torrealba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥65 years: A systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2013;13:388.
4. Dahlgren G, Whitehead M. Rainbow model of health. In: Dahlgren G, Whitehead M (ed). *European Health Policy Conference: Opportunities for the future. Vol 11–Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991:314.
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. In: World Health Organization (WHO) (ed). *Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, No. 2*. Geneva, Switzerland; 2010:79.
6. WHO CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. [cited June 2015]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
7. Saito M, Kondo N, Kondo K, Ojima T, Hirai H. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Soc Sci Med* 2012;75(5):940-5.
8. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
9. Rueda S. Health Inequalities among older adults in Spain: The Importance of gender, the socioeconomic development of the region of residence, and social support. *Women's Health Issues* 2012;22(5):e483-90.
10. Yıldız Ö. Küreselleşme, sağlık ve toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2008;4(1):30-4.
11. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med* 2003;57(5):861-73.
12. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. New York, USA: United Nations; 2014. [cited June 2015]. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>
13. Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R. Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of Southern Italy. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;46(3):349-57.
14. E Grundy, G Holt. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2001;55(12):895-904.
15. d'Uva TB, O'Donnell O, van Doorslaer E. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol* 2008;37(6):1375-83.
16. Razzaque A, Nahar L, Akter Khanam M, Kim Streatfield P. Socio-demographic differentials of adult health indicators in Matlab, Bangladesh: self-rated health, health state, quality of life and disability level. *Glob Health Action* 2010;3. doi: 10.3402/gha.v3i0.4618.
17. Arber S. Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *J Aging Stud* 2004;18(1):91-108.
18. Bennett JE, Li G, Foreman K, et al. The future of life expectancy and life expectancy inequalities in England and Wales: Bayesian spatiotemporal forecasting. *Lancet* 2015;386(9989):163-70.
19. Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Socioeconomic inequalities in cause specific mortality among older people in France. *BMC Public Health*. 2010;10:260.
20. Caetano SC, Silva CM, Vettore MV. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics* 2013;15(13):122.
21. Silva Vde L, Cesse EA, de Albuquerque Mde F. Social determinants of death among the elderly: A systematic literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl 2):178-93.
22. Szanton SL, Allen JK, Thorpe RJ Jr, Seeman T, Bandeen-Roche K, Fried LP. Effect of financial strain on mortality in community-dwelling older women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):S369-74.
23. Bosma H, Gerritsma A, Klabbers G, van den Akker M. Perceived unfairness and socioeconomic inequalities in functional decline: the Dutch SMILE prospective cohort study. *BMC Public Health* 2012; 22(12):818.
24. Aida J, Kondo N, Kondo N, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Income in equality, social capital and self-rated health and dental status in older Japanese. *Soc Sci Med* 2011;73(10):1561-8.
25. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(4):960-8.
26. Şimşek H, Meseri R, Şahin S, Uçku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. *Eur Geriatr Med* 2013;4(4):226-30.
27. Keskinöglü P, Yaka AE, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in İzmir, Turkey. *Turkish J Geriatr* 2013;16(2):135-41.
28. Liu G, Zhang Z. Sociodemographic differentials of the self-rated health of the oldest-old Chinese. *Popul Res Policy Rev* 2004;23(2):117-33.
29. Tomás JM, Gutiérrez M, Sancho P, Galiana L. Predicting perceived health in Angolan elderly: The moderator effect of being oldest old. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(3):605-10.
30. Ng N, Kowal P, Kahn K, et al. Health inequalities among older men and women in Africa and Asia: Evidence from eight health and demographic surveillance system sites in the INDEPTH WHO-SAGE Study. *Glob Health Action* 2010;27;3. doi: 10.3402/gha.v3i0.5420.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. TÜİK Haber Bülteni 2015; 18620. Available from: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265
32. Kempen GI, Brilman EI, Ranchor AV, Ormel J. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Soc Sci Med* 1999;49(1):143-9.
33. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med*. 2014(1);101:52-60.

34. Hill TD, Needham BL. Gender-specific trends in educational attainment and self-rated health, 1972–2002. *Am J Public Health* 2006;96:1288-92.
35. Lee JS. Food insecurity and health care costs: Research strategies using local, State, and national data sources for older adults. *Adv Nutr* 2013;4(1):42-50.
36. de Carli L, Kolankiewicz B, Cristina A, et al. Perceptions and experiences of elderly residents in asylum. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(Esp2):81-6.
37. Sapançali F. Avrupa Birliği'nde sosyal dışlanma sorunu ve mücadele yöntemleri. *Çalışma ve Toplum* 2005;6(3):51-106.
38. Haan A. Social exclusion: Enriching the understanding of deprivation. *Studies in Social and Political Thought* 2000;2(2):22-40. Available from: http://www.socialinclusion.org.np/userfiles/file/Arjan_de_Haan.pdf
39. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1090-9.
40. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med* 2005;28(3):298-304.

Yaşlılıkta teknolojinin kullanımı

Technology usage in older ages

Süleyman Kıvanç Ekici¹ Özgür Gümüş²

¹Ege Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, İzmir

Öz

Teknoloji büyük bir hızla gelişmektedir ve birçok alanda oldukça olumlu çözümler getirmektedir. Ülkemiz Türkiye de dahil olmak üzere gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin giderek önemi artan sorunu olan yaşlı nüfus artışı, teknolojinin bu konu üzerine daha fazla eğilmesini gerekli kılmaktadır. Doğrudan yaşlıları ve yaşlı sorunlarını hedefleyen birçok çalışmaların bulunduğu gibi doğrudan yaşlıları hedeflemeyen, ancak dolaylı olarak yaşlı bireylerin hayatına olumlu katkı sunabilecek çalışmalar ve teknolojik ürünler de bulunmaktadır. Çalışmaların yoğunlaştığı alanlar yaşlı bireylerin bağımsız yaşamasına yardımcı olacak öneriler, sağlık konusunda ilerleme sağlayacak projeler ve güvenlik temalı projeler olarak sıralanabilir. Geronteknoloji; yaşlı kullanıcılara yönelik destekleyici sistem yazılım ve cihazlar ortaya koymayı amaçlayan, gerontoloji ve teknolojiyi birleştiren multidisipliner bir alandır. Bu derlemede “geronteknoloji” kapsamına giren teletıp, telebakım ve sosyal medya gibi teknolojiler ve çalışmalar incelenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Geronteknoloji, teletıp, telesağlık, telebakım, demans, sosyal medya.

Abstract

Technology develops in a very fast pace and creates a lot of promising solution in various domains. Developing and developed countries including Turkey faces increasingly important aging population issue which requires more technological contribution in the area. There are scientific researches and technological advancements directly targeting old adults and also there are technological products indirectly contributes positively to the elderly life. The research is concentrated on areas of assistive technologies for independent elderly life, health and care technologies and safety theme. Gerontechnology is a multidisciplinary field combining gerontology and technology which aims to create assistive systems, software and tools for elderly people. In this review the researches and technologies like telemedicine, telecare in the scope of “gerontechnology” are presented.

Keywords: Gerontechnology, telemedicine, telehealth, telecare, dementia, social media.

1. Teknoloji ve Yaşlılık

Son yıllarda giderek artan bir biçimde ülkelerin yaşlanan nüfus problemi gündeme gelmektedir. Ülkemiz Türkiye de dahil olmak üzere gelişen ülkeler ve gelişmiş ülkeler arasında yaşlanan nüfus açısından benzer sorunlar ile karşı karşıya olduğu görülmektedir. Konunun giderek artan önemi devlet, bilim ve iş çevrelerinde ilgiyi arttırmaktadır.

Yaşlıların temel ihtiyaçları olan sağlık hizmetleri, kişisel bakım, evsel ihtiyaçlar, sosyalleşme ihtiyacı ve varsa engel durumundan kaynaklanan ihtiyaçları ön plana çıkmaktadır. Gelişen teknoloji yaşlılar için güvenlik, koruma, hareket kabiliyeti, bağımsız yaşama ve sosyal hayata katılım konularında önemli katkılar sağlayabilir.

Bu konularda “geronteknoloji” başlığı altında sağlık, bakım, eğlence ve yardımcı sistemler konusunda çözümler önerilmektedir. Tanım olarak geronteknoloji, yaşlanmış yetişkinlere yönelik destekleyici cihazların ve yazılım sistemlerinin tasarlanmasını konu almaktadır. Bu sistemler akıllı bina sistemleri, tele tıp uygulamaları, mobil uygulamalar, çeşitli sensörler, güvenlik sistemleri, alarm ve hatırlatma sistemleri olabilmektedir (1).

Teknolojiyi kullanan çözümlerin ortaya konulması kadar önemli olan bir diğer konu ise teknolojinin yaşlı kullanıcılar tarafından benimsenmesidir. Televizyon gibi bazı teknolojik cihazların kullanımı çok çabuk kabul görürken örneğin akıllı telefon gibi cihazların kullanımının gözle görülür oranda düşük olduğu görülmektedir ve yaşlıların nispeten kullanımı daha kolay olan eski telefonlara yöneldiğini çevremizden gözlemlemek mümkündür.

Yazışma Adresi: Özgür Gümüş

Ege Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü, Bornova, İzmir

Teknolojinin önemli katkıları sağlayabileceği diğer bir alan ise yaşlı sağlığıdır. Bu alanda demans hastalığı ile ilgili çalışmalar yanı sıra Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen SOPRANO Projesi (Yaşlı Avrupalılar için Servis Yönelimli Programlanabilir Akıllı Çevreler) örnek olarak verilebilir. SOPRANO projesinin konsepti, insanların evde bağımsız olarak yaşayabilmesi amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanılmasıdır (2).

Yaşlı bireylerin sosyal izolasyonu ve bu nedenle oluşan ruhsal durum, sağlık sorunlarının kötüleşmesine ve hayatın kalitesinin önemli ölçüde düşmesine neden olmaktadır. Teknoloji sağlıklı olan veya sağlık sorunları olan yaşlıların mutluluğuna katkı sunabilir. Bu bağlamda sosyal ağlar, video görüşmeler ve oyunlar çok iyi çözümler önermektedir. Torununun resimlerini sosyal medya sitesi aracılığıyla gören yaşlılar mutlu olmaktadır. Bir diğer örnek olarak; uzaktaki çocuklarını video görüşme yoluyla görme ve onlarla görüşme imkânı bulması da yaşlı bireyleri çok mutlu etmektedir.

2. Yaşlılar ve Teknolojinin Benimsenmesi

Teknolojinin gelişimi hızlı bir şekilde ilerlediği için yaşlı bireyler tarafından takip edilmesi ve benimsenmesi zor olmaktadır. Yaşlı bireyler genel fiziksel durumlarında meydana gelen sorunlardan ve bilişsel yeteneklerinin zayıflamasından dolayı birçok yeni teknolojik ürünü kullanamamaktadır, buna karşın geçmişte gördükleri teknolojiler ile yakın cihazları daha kolay benimseyebilmektedirler. Örneğin radyo ve televizyon bu kategoriye girer ve kısmen cep telefonları da kolay kullanılabilir. Yaşlı bireylerin kullanmakta zorlandığı teknolojiler arasında banka ATM'leri, bilet makineleri ve internet sayılabilir.

2009 yılında yayınlanan bir çalışmada cep telefonunu yardımsız kullanabilen bireylerin oranı %92.1 ve yardımsız bilgisayar kullanabilen bireylerin oranı ise %89.3 olarak gayet iyimser bir tablo çizmektedir (3). Bu kullanım oranları ile yeni teknolojilerin benimsenmesi yolunda ülke olarak konumuzun iyi bir yerde olduğunu söylemek mümkündür ve bu durum, sanıldığı kadar aksine bilgisayar kullanımının giderek arttığına işaret etmektedir.

Temel seviye tıbbi ölçüm cihazlarından olan tansiyon ölçme aleti ve şeker ölçüm cihazı artık birçok evde bulunmakta ve yaşlı bireyler tarafından büyük ölçüde yardımsız kullanılabilir.

Kullanım ve benimseme oranlarının artmasında en önemli neden kullanım süresi olarak ortaya çıkmaktadır. Bir cihaz ne kadar uzun süre kullanılırsa yardım almadan kullanma oranı da o derece artmaktadır. Bunun dışında eğitim seviyesi ve sosyal aktif olma durumu benimsemeyi kolaylaştıran faktörler olarak görülmektedir (4).

Teknoloji kullanımında cinsiyete göre bir ayırım yapmak gerekirse bayanların evde bulunan teknolojik ev eşyalarını da kullanmaları benzer teknolojilere daha yatkın hale getirmektedir.

3. Yaşlılık ve Tıp Teknolojisi

Yaşlı bireylerin yaşadıkları en önemli handikaplardan birisi de sağlık sorunlarıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre yaşlı erkek nüfusun %63.1'i ve yaşlı bayan nüfusun %81.3'ü sağlık sorunları yaşamaktadır (5). Bunun dışında son bir yıl içinde hastanede yataklı tedavi gören yaşlı bireylerin oranı %19.3 olarak verilmektedir. Bu oranların da teyit ettiği üzere yaşlıların sağlık bakımı ihtiyacı öncelikli konulardan biridir.

Tıp teknolojisi bu konuda önemli adımlar atmaktadır. Örneğin hastalar ve hekimler arasında oluşturulan bir elektronik iletişim sistemi doktorun hastasını kolayca ve daha detaylı bir şekilde takip etmesini ve hastasına bilgilendirmeler, hatırlatmalar yaparak onu yönlendirebilmesini sağlamaktadır. Ayrıca sistem hasta yakınlarına da yakından izleme ve hastası ile ilgilenme imkânı vermektedir (6).

Tıp teknolojilerinin yanı sıra hastanelerin sunmuş olduğu web portallarına ulaşan hastalar tetkik sonuçlarını inceleyebilmekte ve randevularını takip edebilmektedirler.

E-Sağlık terimi son yıllarda mobil cihazlar ve internet kullanımının iyice artmış olması ile birlikte giderek popülerleşen bir terim olmuştur. E-Sağlık alanına giren teknolojiler arasında çevrimiçi hasta bilgilendirme portalları, çevrimiçi sağlık günlükleri, destek grupları, medikal bilgilerin bulunduğu bilgi portalları ve hastaların bir araya geldiği sosyal ağlar bulunmaktadır. Hastaların birçoğu artık hastalıklarını internetten araştırmakta ve detaylı bilgilerini internetten almaktadırlar.

Tıbbi izleme sistemleri çeşitli teletıp, telebakım gibi başlıklar altında birçok bilimsel çalışmaya konu olmaktadır. İzleme ve takip sistemlerinin amacı, kişinin sağlık durumu tamamen kritik hale gelmeden önce potansiyel sorunları tespit ederek önlem alınmasına yardımcı olmaktır (6).

İzleme sistemleri gün içinde kalp ritmini veya gece uyuma sürecini sensörler yardımı ile alarak gerekli durumlarda uyarı veya alarmlar oluşturabilmektedirler.

Güvenlik amacı taşıyan izleme sistemleri, ivmeölçer tabanlı giyilebilir sensörler ile düşme durumunu tespit etme, duman ve ısı sensörü ile anormal durumları tespit ve engelleme amacı taşıyan uygulamalar içerir.

Sağlık amacı taşıyan izleme sistemlerinde giyilebilir tıbbi sensörler olan Holter cihazı, oksimetre ve ivmeölçer tabanlı aktivite sensörleri, yatak sensörleri, ilaç hatırlatıcı ve dağıtıcı sistemler kullanılmaktadır. Ayrıca radyo

frekansı tanımlama (RFID) etiketi ile belirlenmiş çevresel varlıklar ile etkileşim de incelenebilmektedir.

Sonuç olarak gelişen tıp teknolojileri hastanede geçirilen süreyi azaltarak daha kaliteli bir yaşam sürülmesine katkıda bulunmaktadır. Akıllı ev sistemleri de son yıllarda sağlık izlemeyi içerecek biçimde gelişmektedir ve hastanın ev içindeki aktivitelerinden ve üzerinde bulunan giyilebilir sensör verilerinden faydalanarak uzun vadede önleme amaçlı bilgiler elde etmeyi amaçlamaktadır.

3.1. Telebakım

Telebakım (telecare) riskleri azaltmak adına yapılan ve uzaktan takip yoluyla hastanın bağımsız yaşamasına yardımcı olmayı amaçlayan bir hizmettir (7). Telebakım işlemleri arasında yardım çağrıları, ilaç ve egzersiz hatırlatmaları ve acil durum çağrıları sayılabilir. Ayrıca kazaların önlenmesi amacıyla sensörler aracılığıyla ocak, şofben ve su vanaları takip edilebilmektedir.

British Society of Gerontology grubuna göre telebakım hizmetlerinin yaygınlaşması ile sağlık alanında daha iyi ve daha az maliyetli çözümler gelişecektir. Ancak altyapı gereksinimleri hala en önemli bariyer olarak yaygınlaşmanın önünde durmaktadır (7).

3.2. Telesağlık

Telesağlık günlük olarak hastaya müdahale etmek yoluyla yardımcı olmayı hedefleyen bir hizmet türüdür. Örneğin hastaya ilaçlarını hatırlatmak, egzersizlerini hatırlatmak ve egzersizlerin nasıl yapılacağına dair bilgileri vermek yoluyla hastayı yönlendirmektedir.

Telesağlık için sistem geliştiren firmaların başında gelen *Bosch Healthcare* bu amaçla cihazlar ve yazılım çözümleri sunmaktadır. Bu sistemde hasta arayüzleri (mobil ve web), hekim arayüzleri ve çevresel cihazlar bulunmaktadır. Bu cihazlardan birisi, Şekil-1'de görülen *MedMinder Maya* adında ilaç hatırlatma ve dağıtım cihazıdır. Bu cihaz gerekli bilgileri internet üzerinden almakta ve zamanı gelen ilaçları serbest bırakmaktadır. Bilgileri internetten aldığı için bir değişiklik gerektiği durumda anında uygulanması mümkün olmaktadır. Sistemin diğer parçaları olarak bir baskül ve bir de tansiyon ölçüm cihazı bulunmaktadır. Bu cihazlarla yapılan ölçümler *Health Buddy* adındaki hasta arayüzünden merkeze gönderilebilmektedir. Firma ayrıca üçüncü parti cihazların sisteme bağlanabilmesine imkan tanımıştır. Bağlanabilen diğer cihazlar arasında şeker ölçüm cihazları, *pulse* oksimetre ve nefes ölçüm cihazı sayılabilir.

Telesağlık ile teletıp arasındaki fark; teletıp yönteminin teşhis ve tedavinin takibine yönelik olması, buna karşılık telesağlık yönteminin günlük olarak hastayı yönlendirerek müdahale ile hasta davranışlarını düzenlemesi ve yardımcı olmayı amaçlamasıdır.



Şekil-1. Bosch MedMinder Maya ilaç hatırlatma ve dağıtma cihazı.

3.3. Teletıp

Teletıp bilgi ve iletişim altyapısı kullanılarak hastaları, hekimleri ve sağlık kuruluşlarını birbirine bağlayarak uzak mesafelerden teşhis ve tedavi sürecine katkı sunmak veya bunu mümkün hale getirmeyi amaçlamaktadır. Teletıp uygulamaları çeşitli cihazlar ile elde edilen bilgileri toplayarak sağlık kuruluşuna ve hekime raporlamakta ve bu yolla bir karar destek sistemi görevi görmektedir.

Yaşlı hastaların birçoğu tedavilerini evlerinden devam ettirmeyi tercih etmektedir. Uzun süren hastane yatışları hastaların ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu amaçla ülkemizde ve dünyada birçok çalışmalar yapılmaktadır. Bu konuda örneğin Almanya giderek yaşlanan nüfusun hastanelerde bakılması durumunda kapasite sıkıntısı ve yüksek maliyetler ile karşılaşacağını öngörmekte ve uzaktan tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini teşvik etmektedir.

Teletıp konusunda ülkemizde yapılan çalışmalardan birisi Laleci ve ark. (8) tarafından gerçekleştirilen SAPHIRE projesidir. Proje yataklık hastaların tıbbi cihazlar ile uzaktan takip edilmesi ve gerekli durumlarda müdahale edilmesini öngörmektedir. Sistem akıllı etmen sistemleri teknolojisi ile oluşturulmuştur ve otonom çalışabilen etmen yazılımlarından meydana gelmektedir. Cihazlardan alınan verilerin değerlendirilmesi için gerekli uzman bilgisi için klinik kılavuzlara (Clinical Guidelines) başvurulmuştur. Böylece cihazlardan gelen veriler otonom etmenler tarafından klinik kılavuzlara göre değerlendirilmekte ve gereken alarmları hekimlere yayınlamaktadır. Sistem problemin doğası gereği sürekli değişen ve gelişen kurallara uyum sağlayabilmesi amacıyla bilgiler için semantik bir altyapı kullanılmıştır.

Teletipte kullanılan cihazlar hastane ortamında kullanılan cihazlar ile benzerdir veya aynıdır. Hastanın durumuna göre EKG (elektrokardiyografi), EEG (elektroensefalografi) gibi cihazlar kullanılmaktadır. Ayakta tedavi olan hastalardan kalp problemi olanlara

Holter isimli kalp ritimlerini kayıt eden ve taşınabilir olan bir cihaz kullanılmaktadır.

4. Demans ve Teknoloji

Demans yaşlı bireylerin büyük bir oranını etkileyen önemli bir sağlık sorunudur ve bilişsel yeteneklerde meydana gelen kayıplarla ilerlemektedir. Hastalar zamanla konuşma, algılama ve hafıza sorunları yaşamaya başlar ve belirli bir aşamadan sonra kendine yetemez duruma gelir. Demansın, Alzheimer başta olmak üzere birçok türü bulunmaktadır (9).

Demans hastalığı ile yaşayan yaşlı insanlar için birçok bilimsel çalışma yapılmaktadır. Geronteknoloji dergisinde yayınlanmış olan çalışmalardan birisi "Yaşlıların Çoklu Ortam Teknolojisi Yardımıyla Alzheimer Hakkında Bilinçlendirilmesi" projesidir (10). Proje kapsamında geriatrik öğrenme ve teknoloji prensipleri birleştirilerek hazırlanmış çoklu ortam eğitim programına yaşlıların nasıl tepki vereceği incelenmiştir. Proje sonucunda yapılan eğitim oldukça başarılı olmuş ve bilginin yaşlı bireylere onlara uyan biçimde verilmesi fayda sağlamıştır. Eğitim sayesinde bilgilendirilen yaşlılar ve aileleri aracılığıyla Alzheimer hastalığının tespit edilmesi imkanı arttırılmıştır.

Bir başka çalışma ise Kautz ve ark. (11) tarafından yapılan "Yardımlı Biliş: Alzheimer Hastalarına Bilgisayar Destekleri" projesidir. Proje kapsamında Alzheimer hastalarının hafıza ve problem çözme sorunlarına tümleşik bilgisayar sistemleri ve yapay zeka yardımıyla çözümler sunmak amaçlanmıştır. Önerilerden birisi "hareket pusulası"dır ve hastaya yardımcı olarak konum olarak kaybolmayı önlemeyi amaçlamaktadır. Önerilen diğer çözümde ise sürekli açık bir suflör (prompter) yardımı ile hastanın çok adımlı günlük işlerini yapabilmesi amaçlanmaktadır.

5. Yaşlıların Mutluluğu ve Teknoloji

Sağlıklı ve güvenli yaşamak adına birçok çalışmalar yapılmaktadır ve bu yolla iyi bir yaşam hedeflenmektedir.

Ancak yaşlılar için yaşamayı değerli kılacak, onlara güzel deneyimler yaşatacak ve mutlu edecek konularda pek bir çalışma yapılmadığı görülmektedir (12). İyi ve tatmin edici bir hayatın hatta sağlığın mutluluk olmadan sağlanması mümkün değildir. TÜİK 2013 verilerine göre mutlu yaşlıların oranı %63.4'tür (5). Mutlu yaşlıların %67'si ise mutluluğun kaynağı olarak ailelerini görmektedirler.

Teknoloji burada doğrudan yaşlıları hedef almamış olsa dahi yaşlıların kullanımına uygun imkanlar mutluluk sağlamaktadır.

Yaşlı mutluluğunun en önemli katkı sağlayıcısı video görüşmelerdir. Video sohbetler aracılığıyla uzaktaki çocukları ve torunlarını gören ve onlarla iletişim kuran yaşlıların çok memnun olduklarını gözlemleyebiliriz. Bu uygulamalar arasında Skype yazılımı başı çekmektedir ve daha birçok video görüşme yazılımları bulunmaktadır. Televizyonların da gelişmesi ve internete bağlanabilmesi ile birlikte bu video görüşme yazılımlarının televizyonlara kurulabilmesi sayesinde yaşlıların oldukça aşina oldukları televizyon üzerinden teknolojiyi kullanmaları rahat olacaktır.

Yaşlılar arasında bilgisayar kullanımının sanılanın aksine arttığından daha önce söz edilmiştir. Bu sayede sosyal medyada daha fazla yaşlı kullanıcıların görülmesi mümkün olmaktadır. Özellikle Facebook sosyal medya sitesini kullanan yaşlı bireyler ailelerinin torunlarının fotoğraflarını görmekte ve onlar ile iletişim kurabilmektedir ve böylece yaşlıların sosyal izolasyonu azalmaktadır. Torununun resmini "Like" eden bir yaşlı kendisini sosyal olarak oldukça tatmin hissetmektedir.

Bunların dışında yaşlı kullanıcıları hedefleyen mobil oyunlarda bulunmaktadır. İnternette yapılan kısa bir arama sonucunda yüzlerce örneğini bulabileceğimiz bulmaca oyunları gibi oyunlar yaşlıların iyi vakit geçirmelerine katkılar sağlayabilmektedir.

Kaynaklar

1. Eccles A, Damodaran L, Olphert W, Hardill I, Gilhooly M. Assistive technologies: ethical practice, ethical research, and quality of life, technologies for active aging, international perspectives on aging. In: Sixsmith A, Gutman G (ed). Technologies for Active Aging: International Perspectives on Aging. New York: Springer Science+Business Media; 2013;(9):47-68.
2. Bierhoff I, Müller S, Schoenrade-Sproll S, et al. Ambient assisted living systems in real-life situations: Experiences from the SOPRANO Project. In: Technologies for Active Aging, International Perspectives on Aging, Volume 9. Sixsmith A, Gutman G (ed). New York: Springer Science + Business Media; 2013:123-53.
3. Hazer O, Kılınç VS. Kırkbeş yaş ve üzeri yetişkinlerin günlük yaşamda teknolojiyi kullanma durumlarının incelenmesi. Turkish J Geriatr 2009;12(2):82-92.
4. Özkan Y, Purutçuoğlu Y. Yaşlılıkta teknolojik yeniliklerin kabulünü etkileyen sosyalizasyon süreci. Aile ve Toplum 2011;6(23):37-46.
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Yaşlı nüfus. In: TÜİK (ed). İstatistiklerle Yaşlılar-Elderly Statistics 2014. Yayın no: 4365. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2014:1-6.
6. Sixsmith A. Technology and the challenge of aging. In: Technologies for Active Aging, International Perspectives on Aging, Volume 9. Sixsmith A, Gutman G (ed). New York: Springer Science+Business Media; 2013:7-25.

7. Brownsell S, Bradley D. The need for assistive technology and telecare. In: Porteus J (ed). *Assistive Technology and Telecare: Forging Solutions for Independent Living*. Bristol: The Policy Press; 2003:2-8.
8. Laleci GB, Dogac A, Olduz M, Tasyurt I, Yuksel M, Okcan A. SAPHIRE: A multi-agent system for remote healthcare monitoring through computerized clinical guidelines. In: Annicchiarico R, Cortés U, Urdiales C (eds). *Agent Technology and e-Health. Whitestein Series in Software Agent Technologies and Autonomic Computing*. Basel: Birkhäuser Verlag AG; 2008:25-44.
9. Mountain G. Using technology to support people with dementia. In: *Technologies for Active Aging, International Perspectives on Aging, Volume 9*. Sixsmith A, Gutman G (eds). New York: Springer Science + Business Media; 2013:105-121.
10. Mahoney D, Tarlow B, Jones R. Using multi-media technology to increase older adults knowledge of Alzheimer's disease. *Gerontechnology* 2002;2(1):90.
11. Kautz H, Borriello G, Etzioni O, Fox D. Assisted cognition: Computer aids for people with Alzheimer's. *Gerontechnology* 2002;2(1):90.
12. Astell A. Technology and fun for a happy old age. In: *Technologies for Active Aging, International Perspectives on Aging, Volume 9*. Sixsmith A, Gutman G (ed). New York: Springer Science+Business Media; 2013:169-87.

Yaşlı (kişiler) ile etkili iletişim

Effective communication with elderly (people)

Ayşen Temel Eğinli

Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Kişilerarası İletişim Anabilim Dalı, İzmir

Öz

İletişim günlük yaşamın bir parçasıdır. Kişilerin yaş alması ile birlikte duyma, görme vb. duyularında meydana gelen bozulma/azalma iletişimin etkinliği üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Kişinin kronolojik olarak yaş alması/yaşlanması ile birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler yaşaması söz konusu olur. Her bir değişim kişinin diğerleri ile iletişim kurmasını ve diğer kişileri algılamasını etkilemektedir. Bu nedenle günlük yaşamın bir parçası olan iletişim, hem yaşlı kişi hem de yaşlı kişi ile iletişim kuran/ bakım veren kişiler için adeta bir sorun haline gelebilmektedir. Bu çalışmada “yaşlı” olarak tanımlanan kişi ile kurulan iletişimin özellikleri ele alınmakta, bununla birlikte yaşlı kişi ile iletişim kurarken dikkat edilmesi gereken noktalar açıklanarak iletişimin etkin bir şekilde kurulması için öneriler getirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: İletişim, yaşlı, yaşlı ile iletişim, etkili iletişim.

Abstract

Communication is a part of everyday life. When people are getting older, there can be seen sensational distortions just like about hearing, sighting, etc. Accordingly, these distortions can cause some negative impacts on the effectiveness of communication. It can be mentioned that, depending on the chronological getting/growing older of anybody, there can appear physical, psychological and social changings. Every part of these changings not only can affect the communication of people between others, but also it affect the perception of person among other people. Therefore, as a part of daily life, communication can become a kind of problem for elderly people and people who are connected with them or who take care of them. In this study, it is mentioned that the specifications of communication with the people who are defined as “elderly”. In addition to this, it is clarified that the required points for considering when people communicate with elderly people and there are some suggestions for effective communication with elderly people.

Keywords: Communication, elderly person, communication with elderly, effective communication.

Teknoloji ve Yaşlılık

İnsan yaşamı bebeklik, çocukluk, yetişkinlik ve yaşlılık olmak üzere aşamalardan oluşan bir süreçtir. Bir yaşından yüz yaşına kadar olan kronolojik bir süreç ele alındığında bu sürecin her döneminde kişi, diğerleri ile iletişim kurmaya ihtiyaç duymaktadır. İletişim, kişinin diğerleri ile bağlantıda olmasını ve paylaşımında bulunmasını, bir diğer ifade ile yaşamda olduğunu hissetmesini sağlar. Literatür incelendiğinde İngilizce “aging”, “elderly” ve “old” olarak ifade edilen yaşlılık kavramının Türkçe’de “yaşlı/yaşlılık” ya da “ihtiyar/ihtiyarlık” olarak karşılık bulunduğu görülmektedir. Yaşlılık kavramının tanımlanması ya da “yaşlı” kişi olarak adlandırılmanın kronolojik sürecin dışında tam olarak neye göre yapılacağı konusunda bir belirlemenin yapılması oldukça zordur.

Kavram kronolojik olarak yaş almayı ya da kişinin ne kadar süredir yaşadığını/yaşamda olduğunu ifade ediyor olsa da bunun hayatın belirli bir dönemini açıklaması ve özellikle de bu dönemin belirli karakteristik özelliklerle sınırlanması tanımlamayı güçleştirmektedir. “Yaşlılık kronolojik yaşın ilerlemesiyle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlar kazanan bir süreç olarak tanımlanabilir” (1). “Yaş dönemlerine ilişkin algılar, rol geçişleri, toplumsal yeterlilikler ve bütün bunların sınırlarını belirleyen yaşlar değişmektedir (2). Kronolojik yaş, fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikler düşünüldüğünde bir kişinin yaşlı olarak tanımlanması için kesinlikle bir belirleyici kabul edilmemektedir. Kronolojik yılların yanı sıra kişinin kendini nasıl hissettiği ve sahip olduğu fiziksel yeterlilikler bu belirlemenin yapılmasında çok daha etkili olmaktadır (3).

Yazışma Adresi: Ayşen Temel Eğinli

Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, Kişilerarası İletişim Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

İletişim, kişinin doğduğu andan itibaren yaşamın bir parçası olduğu için çoğu zaman üzerinde durup düşünülmemeyen hatta farkına varılmayan bir unsurdur. Ancak, iletişim ile ilgili problemler yaşanmaya başlandığı zaman ne denli önemli olduğu fark edilmektedir. Etkili kişilerarası iletişim, yaşlılığın negatif etkilerini aşmada en önemli araçlardan biridir. Yaşla ilgili faktörler iletişim ile ilgili yeterlilikleri de tehdit edebilmektedir (4). Tüm bu nedenlerle bu çalışmada “yaşlı” kişi / kişilerle iletişimi engelleyen unsurlar ve etkili bir iletişim için dikkat edilmesi gereken noktalar ele alınarak yaşam kalitesinin artırılmasında iletişimin önemini belirtilmesi amaçlanmaktadır.

Yaşlı (Kişiler) ile İletişimi Engelleyen Unsurlar

Kronolojik olarak yaşın ilerlemesi ile kişi tüm yeterliliklere sahip olsa da saçların ağarması, ciltte meydana gelen kırışıklıklar vb. dış görünüşe ait öğelerin varlığı diğerleri tarafından yaşlı kategorisinde değerlendirilmeye neden olabilmektedir. Bununla birlikte kişinin yaş alması ile birlikte hareketlerinde yavaşlamaların ve motor becerilerinde azalmaların olması vb. sebeplerle “eskisi” gibi olamama duygusunu kişi kendisi de hissetmeye başlamaktadır. İki yönlü işleyen bu süreç, kişinin kendisi ile ilgili algılarını ve çevresindekilerin kişi ile ilgili algılarını etkilemekte, bu algılar ise iletişim sürecine bir yön vermektedir.

Kişinin kendisi ve çevresi ile olan iletişimi ve sosyal etkileşimleri de yaşın ilerlemesi ile birlikte azalmakta ya da farklı bir şekilde gelişme göstermektedir. Genel olarak yaşlı kişinin, yaşı, sağlık durumu, sosyal güvencesi, medeni durumu, çocukları, torunları, arkadaş ve komşu ilişkileri, sosyal faaliyetleri vb. çok sayıda unsur yaşamdan duyduğu memnuniyeti belirlemektedir (5). Kişinin yaşamdan duyduğu memnuniyet, öncelikle kendi ile kurduğu iletişimi etkilemekte, bu iletişim ise çevresi ile kurduğu iletişim için belirleyici olmaktadır.

Yaşlanma, işten ayrılmayı ya da emeklilik dönemini de beraberinde getirdiği için ekonomik ve sosyal anlamda da birçok değişime de eşlik etmektedir. Kişiler yaşamlarında meydana gelen sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel değişiklikler nedeni ile çoğu zaman sosyal çevre ve faaliyetlerden izole duruma gelmekte ya da uzak kalmaktadır. Bu durum da iletişimin doğasını ve sıklığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu noktada yaşla ilgili olarak yaşamda meydana gelen değişimlerin varlığı ve buna bağlı olarak iletişim problemlerinin yaşanması oldukça normal kabul edilebilir. Buna ek olarak genellikle yaşlılık nedeni ile yaşanan kronik rahatsızlıklar ve organ ile ilgili hasarların söz konusu olması iletişim ile ilgili sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir (4).

“Yaşlı bir kişi” olmak ya da bu şekilde tanımlanmak, toplumda bazı önyargı ve stereotipleştirmeler ile karşı karşıya kalınmasına neden olabilmektedir. Yaşla ilgili stereotipleştirme ve kategorileştirme oldukça otomatik

olarak hızlı ve kolay bir şekilde gerçekleşmektedir. Bir kişinin sadece saçında aklar olması dahi bu kategoriye dahil edilmesini sağlayabilir. Yaşlı olmak da toplumda insan, vatandaş vb. kategorilerden biri haline gelerek bir sosyal kategoride yer almasına neden olmaktadır. Bu bağlamda yaşlı kişiler ile ilgili umutsuz (yalnız, üzgün, korkak vb.) köşesine çekilmiş (sessiz, çok zamana sahip vb.), çok iyi büyük anne/baba (aile odaklı, nazik, bilge vb.) gibi stereotipler geliştirilmektedir. Bu kategorilerden bazıları kişilere oldukça olumlu, bazıları ise uyumsuz, hasta, yalnız vb. olumsuz atıflar yapmaktadır. Söz konusu stereotipler bu kişilerin diğerleri tarafından nasıl algılandığını ya da algılanacağını belirlemede oldukça etkili olmaktadır. Kişi kendini tanımlanan şekilde hissetmese de çevresindeki kişilerin yaşlı kişilere ilişkin sahip olduğu önyargılar nedeni ile üzüntü duymakta ve moral bozukluğu yaşamaktadır (6). Bununla birlikte ileri yaşta olmak beraberinde duyularla ilgili problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durum iletişimi tamamiyle doğrudan etkilemektedir. Örneğin gözlerin eskisine oranla daha az görmesi küçük yazıları okumada güçlük yaşanmasına, kulakların ağır işitmesi iyi duyamamaya neden olduğu için iletişim sürecinde mesajın algılanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Duyu organlarının işlevlerini iyileştirmek amacı ile kullanılan araçlar (gözlük, işitme cihazı vb.) çevredeki kişilerin yaşlı stereotipini güçlendirmekte ve iletişimin farklı bir şekilde işlenmesine olumsuz tutum ve davranışlara sebep olabilmektedir (7).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak bu kişiler belirli fiziksel rahatsızlıklara sahip olmaya başladıkça kendilerini genellikle hasta ve ölüme yakın hissetmekte ve çevresi tarafından da bu şekilde algılanmaktadır. Bu nedenle de yaşlı kişilerin iletişimi genellikle hastalıklar ve tedavileri ile ilgili olabilmekte, hatta çoğu yaşlı ölüm korkusu hissettiği için iletişimin konusu ölüme odaklanabilmektedir. Bu nedenle de yaşlı kişilere atfedilen sıfatlara bakıldığında kötümser, zor, esnek olmayan, şüpheli, huysuz, kızgın, öfkeli vb. olumsuz nitelendirmelerin yapıldığı görülmektedir. Nadir olarak yaşlı kişilere iyi huylu, babacan, içten, arkadaş canlısı, hoş sohbet vb. sıfatlar yüklenmektedir (8).

Yaşlanma ile birlikte özellikle kişinin duyma ve dengeden sorumlu iki merkezinde problemler ortaya çıktığı anda kişi duyma ile ilgili bir kayba uğradığı gibi, aynı zamanda duyduklarını anlamlandırmada da güçlük çekebilmektedir. Özellikle iletişimin gerçekleştiği ortamda arka plan sesleri mevcut ise, bir grup halinde iletişim kuruluyor ve birçok kişi aynı anda konuşuyorsa bu gibi durumlarda kişinin iletişime ilişkin ifadesi genellikle “duyuyorum fakat anlamıyorum” olmaktadır. Bununla birlikte yaşlanma sürecinin etkilerinden biri de kişilerin diş kayıplarının yaşanmasıdır. Dişler ile ilgili problemlerin yaşanması (eksik dişlerin olması ya da takma/implant dişler kullanılması, vb.), yaşlı kişinin konuşmasında bozulmalar

meydana gelmesine neden olabilmekte bu da konuşmanın diğer kişiler tarafından anlaşılmasını güçleştirmektedir. Bazı durumlarda yaşlı kişinin ses kalitesinde kayıplar olabilmekte, bu da çok az da olsa günlük yaşamdaki iletişim fonksiyonlarını etkilemektedir. Bununla birlikte çoğu zaman hafızada meydana gelen azalmalar, dikkatin azalması ve daha yavaş konuşmaya neden olabilmektedir. Bu durum da iletişim sürecinde ifade etme ve anlamlandırma üzerinde etkili olmaktadır (9).

Ses, konuşma dili için en önemli araç olup, iletişimin gerçekleşmesinde temel unsurdur. Duyma, iletişim sürecinde kişinin hem kaynak hem de alıcı durumunda olduğunda iletişimi etkin bir şekilde sürdürmesinde en önemli fonksiyondur. Kişi duyma aracılığı ile hem diğerleri ile iletişim kurmakta hem de çevresinde olup bitenleri algılamaktadır. Duyma yeteneği kaybedildiğinde kişinin günlük yaşamındaki dinleme eylemi sona ermekte bu da yaşam kalitesini çok fazla olumsuz olarak

etkilemektedir. Kişinin günlük yaşamındaki kişisel ve sosyal amaçlarını gerçekleştirmesi için iletişim kurması şarttır ancak dinleme ile ilgili bir engelinin olması aslında iletişiminin ve dolayısıyla yaşam kalitesi için de bir engel oluşturmaktadır (10).

Yaşlılık sürecinde görme ve duyma ile ilgili problemlerden başka hafızada tutmada güçlükler nörolojik ve depresif rahatsızlıklar diğer kişilerle (arkadaşlarla ve akrabalarla vb.) daha az etkileşim kurulmasına ve daha az iletişim fırsatı yakalanmasına sebep olmaktadır (11). Yaşlı kişinin fiziksel olarak iletişimin etkili olamaması durumunda diğer kişilerin tepkileri nedeni ile psikolojisi de olumsuz etkilenmekte, bu da iletişim kurmaya isteksizlik yaratmaktadır. Aşağıda Tablo-1’de yaşlı kişi ile etkili iletişimin önündeki fiziksel, duygusal, çevresel, psikolojik ve dil ile ilgili engeller yer almaktadır. Söz konusu engellerin bilinmesi ya da farkına varılması etkili bir iletişim kurmak için ilk ve önemli bir adımdır.

Tablo-1. Yaşlı (Kişi) ile Etkili İletişimin Önündeki Engeller*

Fiziksel/Duyusal	Duyusal	Çevresel	Psikolojik	Dil
Duyusal hasarlar Görme Duyma Medikal Baş dönmesi Hafıza Kontrol edilemeyen beden hareketleri Acı, ağrı, yorgunluk, halsizlik vb.	Endişe Evham Merak Korku Sinirlilik Sıkılma İlgisizlik	Yabancı/yeni ortam Kalabalık / gürültülü Çok sıcak/soğuk Rahatsızlık veren Huzursuz ortam	Zihinsel/Ruhsal Rahatsızlıklar Depresyon/anksiyete Şizofren Fobi Obsesif kompulsif Post travmatik stres bozukluğu Demans Hafıza kaybı	Çok fazla bilgi Çok az bilgi Medikal jargon Çok hızlı/yavaş konuşma Patronvari/Himaye eden konuşma tarzı Alçak/yüksek ses tonu Aşırı yakınlık içeren ifadeler

*25 numaralı kaynaktan yararlanılarak oluşturulmuştur.

Yaşlı (Kişiler) İle İletişimin Odak Noktaları

Yaşlı kişi(lerin) günlük yaşamlarını sürdürebilmesi ve yaşam kalitesinin artması için çevresi ile iletişim kurması en önemli unsurdur. İletişim kuramayan ya da etkili bir iletişim gerçekleştiremeyen yaşlı kişiler öncelikle yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayamamakta, kendilerini yalnız hissetmekte, çevresindekiler ile paylaşımlarının azalması sonucunda da mutsuz olmaktadır. Yaşlı kişi ile kurulacak etkili bir iletişim onların günlük yaşam ile bağlantılarının sağlanması ve yaşam memnuniyetlerinin artmasını sağlamaktadır.

İletişim, kişinin kendi dışındaki çevre ile bağlantısını sağlamakta ve sosyal yaşamını oluşturmasına yardımcı olmaktadır. Kişiler yaşlanmadan önce nasıl ki iletişim, yaşamlarının merkezinde ise kişi, belirli bir yaşa geldikten sonra da aynı şekilde olmasını istemekte ve beklemektedir. Ancak birçok yaşlı kişi çeşitli hastalıkları, duyma ve görme problemleri gibi nedenlerle aile ve

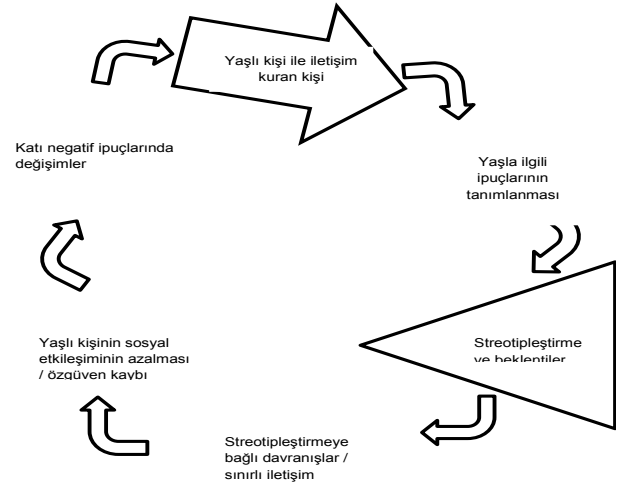
arkadaşlarından daha çok sağlık çalışanları ile iletişim kurmak durumunda kalmaktadır. Bu noktada yaşlı kişilerle iletişimin odak noktası “bilgi değişiminden daha çok etkileşim” olmalıdır. Diğer yandan iletişim görev odaklı olmak yerine kişiye değer vermeyi ön planda tutmalıdır. Özellikle yaşlı kişi/hastaya bakım veren kişilerin “bakım verme ve iletişimin birbiri ile bağlantılı bir süreç olduğu ve birlikte ilerlediği” ilkesini benimsemesi gereklidir (12).

Etkili iletişim, özellikle uzun dönem bakım verilen hasta ve bakım veren sağlık personeli arasında köprünün kurulmasına ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesine yardımcı olmaktadır. Yaşlı kişi ile iletişimde kişi merkezli bir bakım da söz konusu olduğu için iletişim, hastalık ya da özüne bakmaksızın değer verme, saygı duyma, onure etmeye dayalı olmalıdır. Böylece verilen bakım hizmetleri insancıl, daha konforlu, destekleyici ve kişilerarası ilişkilere dayalı olmaktadır (13).

İletişimin etkinliği, iletişimde bulunan tarafların birbirleri hakkında sahip oldukları bilgilerin çokluğu bir diğer ifade ile ortak deneyim alanının fazla olması ile yakından ilgilidir. Yaşlılarla iletişim kurarken onların yaşamları hakkında bilgi edinmek gerekir. “Onları neler mutlu eder, neler üzer; neler rahat etmesini sağlar ya da neler huzursuz eder, neye sahipler ve neleri kaybetmişler, geçmiş hakkında nasıl hissediyorlar, gelecek hakkında neler hissediyorlar” gibi noktaları anlamak gereklidir (14). Bu bilgiler iletişimde paylaşılacak konuları belirlemeye yardımcı olmakta ve ortak konuların paylaşılıyor olması da iletişimdeki tarafların birbirlerine yakınlık duymalarını sağlamaktadır.

Kişilerin yaş alması ile birlikte özellikle hayatlarının bu döneminde çevresindeki kişilerle iletişim kurmaya ve onlardan destek almaya daha çok ihtiyaçları vardır. Hastalıklarla birlikte belirli yetilerin azalması, kişilerin iletişimle ilgili engellerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra kişilerin yaşlı kişiler ile ilgili algıları, düşünceleri ve tutumları da iletişim için bir engel oluşturmaktadır. Yaşlı kişilerle iletişimdeki engellerin nasıl işlerlik kazandığını İletişim Açmazı Modeli (Communication Predicament Model) çok iyi açıklamaktadır. İletişim Açmazı Modeli, yaşlı bir kişi ile iletişim sürecinde diğer kişilerin sahip oldukları kalıplaşmış düşünce ve davranış tarzlarının iletişim için negatif etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Şekil-1’de görüldüğü gibi yaşlı bir kişi ile karşılaşan/iletişim kurmak durumunda olan birey, kişinin ismini dahi öğrenmeden ilk temasta dış görünüşe bakarak yaşı ile ilgili ipuçlarından hareketle bir tanımlama yapmaktadır. Ardından yaşlılara ilişkin stereotipler devreye girmekte bunlar doğrultusunda beklentiler geliştirilmektedir. Tüm bu beklenti ve algılamalar ise iletişimdeki kelimeleri, ses tonu vb. konuşmaya ilişkin unsurları seçmeye yardımcı olmakta, bebek konuşması (baby talk), kontrollü ebeveyn konuşması, sahte saygı, daha az dinleme, belirli başlıklarla sınırlandırma, yaşlı önyargısı ile değerlendirme gibi olumsuz iletişim tarzlarında bulunulmasına neden olabilmektedir. Bu durumda iletişim ile ilgili belirli seçimlerin önyargılar doğrultusunda yapılması ile birçok olumlu iletişim fırsatı sınırlandırılmış olmaktadır. Bu sebeple de yaşlı kişi ile kurulan sosyal etkileşim azalmakta dolayısıyla iletişim yüzeysel olarak gerçekleşmekte ve sonuçta yaşlı kişinin kendine olan özgüveni azalmakta, iletişime isteksizlik oluşmaktadır (11).

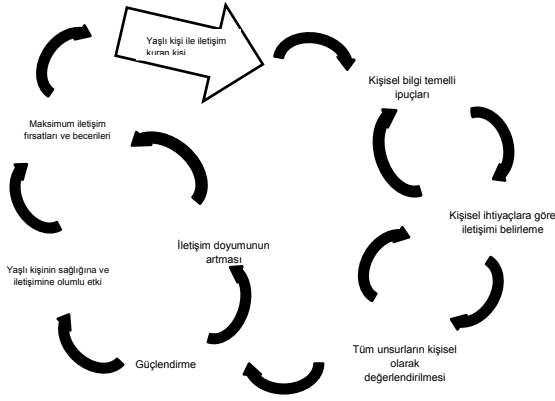
Yaşlı kişi ile kurulan iletişimin engellerle karşılaşmaması ya da iletişimin daha etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için öncelikle “yaşlı” kişilerin psikolojik durumu ve yaşlı kişiler ile iletişimin özellikleri hakkında eğitim alınması gereklidir. Söz konusu eğitim kişilerin farklı zihin haritalarına sahip olmalarına neden olmaktadır. Bu eğitimin ardından kişiler, yaşlı (kişiler) ile iletişim kurarken İletişim Geliştirme Modeli’ndeki gibi bir iletişim sürecinin işlenmesi söz konusu olabilmektedir.



Şekil-1. İletişim açmazı modeli (Communication Predicament Model) (11 numaralı kaynaktan alınmıştır).

İletişim Geliştirme Modeli (Communication Enhancement Model), yaşlı kişi ile iletişim kurarken iletişimi ve bilişsel yetenekleri destekleyici bir özellik göstermektedir. İletişim yeterlilikleri açısından yaşlı ile iletişim kurarken tüm detayları değerlendirmeyi ve bu doğrultuda mesaj oluşturmayı amaçlamaktadır.

Şekil-2’de görülen İletişim Geliştirme Modeli yaşlı kişi ile iletişimde olumlu sonuçların ve iletişime ilişkin fırsatların elde edilmesine ilişkin bir süreci açıklamaktadır. Bu süreçte, yaşlı kişi ile iletişim kuran kişi, öncelikle yaşlı kişiyi tanımak adına kişisel ipuçlarını toplamak ve dolayısıyla kişiyi tanıma amacı ile iletişime başlamaktadır (Örneğin yaşlı kişi çok fazla bilgi edinmeyi seven ve sağlığını etkileyen tüm durumları bilmeyi isteyen biri olabilir.) Bununla birlikte, yaşlı kişi hakkında duyma ve görme yeteneği, bilişsel kapasitesi vb. bilgiler edinilmekte, değerli aile hikâyesi, sosyal bağlantıları, kişisel bilgileri, seçimleri ve tercihleri, kişisel ilişkileri vb. hakkında bilgi sahibi olunmakta bunlar da asıl iletişime geçilmesini kolaylaştırmaktadır (13). Elde edilen ipuçları doğrultusunda yaşlı kişinin ihtiyaçları belirlenerek iletişimin ne şekilde kurulacağına ve ilerleyeceğine karar verilmektedir. Bu da her iletişim durumunun kişiye özgü olduğunu, diğer bir ifade ile yaşlı kişi ve iletişim kuran kişi ile ilgili tüm bileşenlerle yakından ilgili olduğunu açıklamaktadır. Bu durum da içinde bulunulan ortamdaki iletişim araçlarından (görsel ve sesli araçlar, yazılı materyaller, teknik ekipmanlar vb.) en uygun seçimi yapmayı gerektirmektedir. Süreç içerisinde iletişim ile ilgili herhangi bir engel söz konusu ise bu engeller değerlendirilerek ortadan kaldırılmaya çalışılır. Tüm bunlar özünde yaşlı kişiye saygı, ilgi ve hassasiyetin bir göstergesidir. Yaşlı kişinin sağlığı için hangi iletişim biçimi ve yöntemi uygun ise seçilir. En maksimum iletişim beceri ve fırsatları yaratılarak iletişim kurulur. Bu doğrultuda tekrar yaşlı kişiden geribildirim alınarak iletişim süreci yenilenir ve sürdürülür (11).



Şekil-2. İletişim geliştirme modeli (Communication Enhancement Model) (15 numaralı kaynaktan alınmıştır).

Yaşlı (Kişiler) İle Etkili İletişim İçin Yaklaşımlar

İletişim diğer kişilerle kısa ya da uzun dönemli ilişkiler geliştirmenin tek anahtarıdır. İletişim sürecinde diğer kişilerle kurulan tüm etkileşimler birçok mesajla doludur. Etkili bir iletişim, sadece doğru kelimeleri seçmek ve çok iyi bir konuşma becerisine sahip olmak ile elde edilmesi mümkün bir beceri değildir. Etkili iletişim, iletişimde bulunan iki kişinin sahip olduğu kişisel özellikler ve çevresel faktörlerin etkisi ile şekillendiği için çok sayıda unsurdan etkilenmektedir. Kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sosyal rolleri, yaşadığı çevre, deneyimler, duygular, düşünceler, tutumlar vb. unsur mesajın ne şekilde kodlanacağını ve nasıl gönderileceğini belirlediği gibi, mesajın hedefi olan kişinin bunu nasıl algılayıp anlamlandıracağı da bu unsurlar tarafından etkilenmektedir.

Bununla birlikte iletişim, sadece sözlü ifadeler ile yaratılan bir süreç olmayıp, sözsüz unsurlar da mesajın oluşturulmasında ve anlamlandırılmasında oldukça etkilidir.

Yaşlı kişi ile iyi bir iletişimin en önemli ilkesi, iletişim kurulan her bir kişinin ayrı bir birey olduğu ve farklı özelliklere sahip olduğunu bilmektir. Bununla birlikte iletişim sürecinde saygının gösterilmesi ve bu bağlamda da kişilerin isimleri ile birlikte "bey, hanımefendi" ifadelerin kullanılması tercih edilmelidir. Kişisel yakınlık içeren "tatlım, aşkım, canım" vb. ifadelerden özellikle kaçınılması gereklidir (15).

Yaşlı ile iletişimde çok uzun ve kompleks cümleler kurmaktan kaçınılması, cümlelerin kısa dönemli hafızada kalabilecek nitelikte bölünerek ifade edilmesine özen gösterilmesi gereklidir. Yaşlı kişinin kendisi ile ilgili sosyal ya da aile öyküsünü açıklamasının sağlanması, belirli hastalıkların teşhis ve tedavisinde önem taşımaktadır. Bu nedenle kurulan iletişimde açık uçlu sorular (bir günlük beslenme hakkında bilgi verebilir misin? / nerede kimlerle yaşıyorsun? vb.) kullanılarak yaşlı kişinin kendini açıklamasına izin verilmesi, detaylı bilgilere ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Bu süreçte kişinin

sözel ifadelerini dinlerken aynı zamanda sözsüz unsurların nasıl eşlik ettiğine dikkat edilerek anlamlandırmanın bu doğrultuda yapılması gereklidir. Diğer yandan yaşlı kişiden sadece belirli bir bilginin aktarılması bekleniyorsa bu durumda ise kapalı uçlu sorular (sana yardım edecek biri var mı?/ ilaçların saat kaçta alıyorsun?) kullanılarak detaylı açıklamalar engellenerek, odaklanılacak konulara geçiş sağlanabilir (16).

Sözlü ve sözsüz iletişim birbirlerini tamamlayıcı özellik göstermektedir. Sözlü iletişim ses tonu, vurgulama, sesin kalitesi vb. sözsüz unsurları da içinde barındırmaktadır. Çoğu zaman sözsüz iletişim sözlü iletişimi tamamlamakta, pekiştirmekte, vurgulamakta, düzenlemektedir. Bununla birlikte sözsüz iletişim, sözlü iletişimin yerine geçebilmekte, sözler olmadan ilişkileri tanımlamakta, tekrar etmeyi sağlamaktadır (17).

Sözsüz iletişim, sözlü iletişim kadar hatta çoğu zaman daha fazla önem taşımaktadır. Bir mesajın tam ve doğru olarak anlaşılabilmesi için sözlü mesajın sözsüz mesaj tarafından desteklenmesi ya da açıklanması gerekmektedir. İki mesaj arasında bir uyumsuzluk söz konusu olduğunda iletişime ilişkin güven sarsılabilir. Yaşlı kişi ile iletişim kurarken kişinin göz seviyesinde olmak ve göz teması kurmak çok büyük önem taşımaktadır. Özellikle duyma ile ilgili problemi olan yaşlı kişiler dudak okudukları için iletişim sırasında, yaşlı kişi ile iletişim kuran kişi yüz yüze ve göz göze iletişim kurmaya özen göstermelidir (13).

Yaşlı kişi ile iletişimde dokunmak en önemli iletişim araçlarından biridir. Dokunmak "şimdi ve burada" duygusunun aktarılmasında etkili olup, kişinin farkında olduğunun gösterilmesini ve hissedilmesini sağlar. Tokalaşmak, omuzuna ya da koluna dokunmak iletişim için bir kapının açılmasını sağlar (18). Dokunmak sadece sözsüz bir iletişim aracı değildir. Çoğu zaman sınırlı bir zamanda bilişsel bir fonksiyon üstlenmekte, sıcaklık, yakınlık, ilgi, bakım verme vb. birçok duyguyu aktarmaktadır. Yaşlı hastalara dokunma yolu ile sözlü iletişim desteklenebilir, belirli açıklamaların daha iyi yapılması sağlanabilir. Dokunma ile yaşlı ile kişi iletişim kuran kişinin fiziksel varlığını hissetmekte bununla birlikte psikolojik olarak yakınlık duymakta ve ruhsal anlamda da paylaşımda bulunmaktadır (19).

Hollinger, 1986 yılında 65-75 yaş arasında kronik rahatsızlığı nedeni ile yatağa bağımlı halde olan 24 yaşlı hasta ile yapılan görüşmeler sonucunda; yaşlı kişiler ile iletişimde dokunmanın, kabul edilme ve iletişime teşvik etmek için çok önemli olduğunu ifade etmektedir. Özellikle iletişim sürecinde hemşirenin yaşlı kişinin ellerini iki elinin arasına alarak konuşmasının etkileşimi güçlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte hemşirenin hastaya dokunmasının yaşlı kişinin iletişime yanıt vermesini tetiklediği ve iletişimin sıklığını arttırdığı görülmüştür. Araştırma sürecinde söz konusu hastaların hemşirelerin dokunması ile ilgili olarak çevresi ile sosyal etkileşimlerinin arttığı da gözlemlenmiştir. Araştırma

sonucunda yaşlı kişi ile iletişimde özellikle sözsüz iletişim kanallarının (dokunma, göz teması, beden hareketleri vb.) çok sayıda kullanılması iletişim engellerinin ortadan kaldırıldığı ifade edilmektedir (20).

Yaşlı kişi ile iletişimin kurulan “alan/ortam” da mesajın anlamlandırılmasında oldukça belirleyici bir etki göstermektedir. Yaşlı kişinin evinde kurulan iletişim, çoğu zaman yaşlı kişide O’nun özel alanına girildiği ve bu alana müdahalede bulunulduğu hissi yaratmaktadır. Yaşlılık ile ilgili bazı sınırlamalar kişiyi zorlarken bunun yanında ev alanını başka bir kişi ile paylaşmak durumunda kalmak da tehdit edici olarak algılanmaktadır. Yaşlı kişiler ile klinikte, hastanede ya da yaşlı bakım merkezlerinde kurulan iletişim de çevresel faktörler nedeni ile kesintiye uğrayabilmektedir. Söz konusu ortamlar oldukça gürültülü ve çok sayıda kişinin bulunduğu yerler olduğu için, kişiler arasında kurulan iletişim bu faktörlerden olumsuz etkilenmektedir. Bunlar da iletişim üzerinde kısıtlayıcı ve kesintiye uğraticı bir etki göstermektedir (21).

Yaşlı kişilerle iletişim kurarken yargılamadan ve empatik dinlemeyi başarmak, açıklamalarda bulunmak, bilgi vermek, anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmek, konuya odaklanmak, geri bildirimde bulunmak etkili olabilmektedir. Ancak yaşlı kişi, yaşın ilerlemesi ile birlikte bazı kronik hastalıklara sahip ise bu durumda iletişim sürecinde farklı iletişim yaklaşımlarının uygulanması gerekli olabilmektedir. Duyma kaybı olan bir yaşlının iletişim ile ilgili sorunlar yaşamaya başlaması ile yaşam kalitesi de azalmakta, hatta çoğu zaman sanki

yaşamdan izole olmuş gibi hissederek depresif bir ruh haline bürünmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte diğer kişilerin sözlü iletişimlerini yanlış ya da eksik anlama yüzünden negatif tepkilerle karşılaşması ile incinmekte ve dolayısıyla iletişim kurmak istememesi söz konusu olabilmektedir. Diğer yandan görme duyusu zayıflamış ya da hasar görmüş yaşlı kişinin temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamada problemlerle (yemek yeme, giyinme, okuma, araba sürme vb.) karşılaşması olasıdır. Bu durum kişide olumsuz bir ruh hali yaratmaktadır. Bu duygular içindeki yaşlı kişinin iletişimi kurmaya istekliliği tamamı ile çevresindeki kişilerin yaklaşımlarına bağlı olmaktadır. Yaşlı kişinin bilişsel ya da nörolojik birtakım rahatsızlıklar yaşaması sonucunda iletişim sürecinde anlamaya ve anlamlandırmaya ilişkin sorunlar yaşamaya nedeni ile iletişim süreci oldukça zorlaşmaktadır. Bu noktada iletişim sürecinde amaç, öncelikle yaşlı kişinin iletişime teşvik edilmesi, duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamaktır. Bunun ardından iletişim sürecinde anlatma ve anlaşma noktasına gelinebilir (22).

Yaşlı kişilerle kurulan sözlü ve sözsüz iletişimin niteliği çoğu zaman genel iletişimden farklılık taşımaktadır. Yaşlı kişinin eğitim düzeyi, bilişsel özellikleri, sağlık durumu, yaşam boyunca tercih ettiği iletişim şekli vb. birçok faktör iletişim ile ilgili belirleyici olabilmektedir. Özellikle belirli hastalıklara sahip yaşlı kişilerle iletişim süreci hastalığın niteliğine göre şekillenebilir (20). Aşağıda Tablo-2’de farklı kronik rahatsızlıklara sahip yaşlı kişiler ile iletişimin etkili bir şekilde kurulabilmesi için uygulanabilecek iletişim yaklaşımları yer almaktadır.

Tablo-2. Kronik Rahatsızlıklara Sahip Yaşlı Kişi ile İletişim Sürecinde İletişim Yaklaşımları*

Duyma	Görme	Bilişsel	Nörolojik
<ul style="list-style-type: none"> • Kişi ile yüz yüze olmak • Göz teması kurmak • En iyi duyabileceği pozisyonu almak / aldırarak • En iyi ne şekilde duyduğunu sormak • İletişimin başlangıcında kişinin dikkatin odaklanmasını sağlamak • Duyma kaybı olduğunu hatırlatan ifade ve tavırlardan kaçınmak • Uygun olmayan dilsel ifadelerin kullanımından kaçınmak • Konuşurken başını öne eğmemek ve farklı yönlere dönmek • Konuşma hızını ve ses tonunu iyi ayarlamak • Sözsüz unsurlarla (el-kol hareketleri vb.) konuşmayı desteklemek • Konu değiştiğinde aralar vermek • Dış sesleri azaltmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Kişinin iletişim başladığında dikkat ettiğinden emin olmak • Yavaş bir hızda ve tane tane konuşmak • Kişi ile aradaki mesafenin uzak olmamasına dikkat etmek • Konuşma sırasında odadan ayrılmamak • Bazı kavramlar için betimleyici ifadeler kullanmak • Basılı materyallerden yardım almak • Bazı durumlarda eli ile dokunarak anlamasını sağlayamaya yardımcı olmak • Açıklama yapmadan odada bir şeylerle ilgilenmemek 	<p>Basitleştirici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tek aşamalı isteklerde bulunmak • Yavaşça konuşmak • Yanıt için bir zaman vermek • Dikkat dağınıklığını azaltmak • İpuçlarını yakalamak ve vermek <p>Kolaylaştırıcı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yardım teklif etmek • Duygu ve düşüncelerini açıklamasını sağlamak • Konuları kendinin seçmesine izin vermek • Açık uçlu sorular sormak • Espri ve nüktelerden yararlanmak <p>Anlayış Yaratma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Karışıklık olan yanlış anlaşılan konuyu tanımlamak • Duygu ya da düşünce ile ilgili temayı tam olarak tespit etmek • Gizli anlamları keşfetmek / nasıl anlaşıldığını ortaya koymak • Saygı ve ilgiyi hissettirmek • Zamanın olduğunu ve zaman ayrıldığını ifade etmek 	<p>Konuşma bozukluğu (dysarthria)/ Konuşamama (aphasia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durumu, tedavi ile ilgili detayları açıklamak • Çocukça ya da patronvari bir iletişimden kaçınmak • Sessiz bir ortam yaratmak • Kendini ifade etmesine fırsat vermek ve sabırlı olmak • Yavaş bir hızda konuşmak • Tek soru tek yanıt şeklinde iletişimi yapılandırmak • Düşünce ve isteklerini öğrenerek birlikte karar vermek • Konuşmaya teşvik etmek ve açıklamalarını objelere ya da beden dili ile destekleyerek yapabileceğini aktarmak • Mesajın belirli bölümlerini kişiye tekrar etmek ve doğru anlaşılıp anlaşılmadığını teyit ettirmek • Kişinin zekasını etkilemediğini unutmamak ve çocukmuş gibi davranmamak • Çok zorlanılan durumlarda söylenmek istenen “sözcüğü” tahmin etmek ya da cümleyi tamamlamasına yardım etmek

*22 numaralı kaynaktan yararlanılarak oluşturulmuştur.

Sonuç

Kişinin kronolojik olarak yaş alması ile birlikte "yaşlı" olarak tanımlanması ve bu sürecin getirdiği birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal değişim kişiyi birçok yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Hatta bazı yaşlı kişilerin kronik hastalıkları nedeni ile diğer kişilerin bakımına muhtaç olması, kendilerini psikolojik olarak kötü hissetmesine neden olmaktadır. Yaşlanma ve yaşlılık sürecinde kişinin çevresindekiler ile bağlantılarını yitirdiğini hissetmesi özünde iletişim yeteneğini kaybettiğini ya da iletişimsiz kaldığını hissetmesi anlamına gelmektedir. Yaşam ile ilgili kaygıların azaldığı ve kişinin kendini gerçekleştireceği bu yılların iletişim ile ilgili kaygılarla dolu olmaması için iletişime ayrıca özen göstermek gereklidir.

Yaşlanma sürecinde kişilerde meydana gelen değişimler kişiden kişiye farklılık göstermekte, bu da iletişimin ne düzeyde etkilendiği üzerinde belirleyici olmaktadır. Bazı yaşlı kişiler bu süreçte hiçbir olumsuzlukla karşılaşmamakta ve iletişimi hiç, bazen çok az etkilenmektedir.

İletişim, yaşlı kişiler için en önemli yaşamsal ihtiyaçtır. Özellikle belirli hastalıklar nedeni ile diğer kişilerin bakımına muhtaç olunan durumlarda iletişim, kişinin kendine olan güveninin geri kazanılması, kendinin farkına varması, dış çevresi ile ilgili olması açısından belirleyici bir etkiye sahiptir. Yaşlı kişi ile etkili bir iletişim kurabilmek için en önemli koşul, yaş ayrımcılığına neden olan yaş ile ilgili önyargı, inanç, tutum ve stereotipleştirmeden kaçınarak, yaş ile ilgili tanımlamalar yapılmasından uzak durmaktır. Bununla yaşlı kişi ile etkili bir iletişim için, yaşlı kişi ile ilgili kişisel bilgilerin edinilmesi ve O kişiye özgü iletişim yaklaşımının belirlenmesi gereklidir. Ayrıca iletişim sürecinde etkileşimler sonucunda elde edilen geribildirimler aracılığı ile sürekli olarak yeni iletişim fırsatlarının yakalanması ve iletişim becerilerinin ortaya konulması sağlanmalıdır. Bir yaşlı kişi için iletişimin temel amacı, sadece iletişime tepki vermesi iken, diğeri için iletişimi sürdürülebilmesi haline gelebilir.

Kaynaklar

1. Tufan İ. Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık. İstanbul: Aykırı Yayıncılık; 2002:87.
2. Onur B. Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. 5. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi; 1997:296.
3. Barrett A E. Cantwell LE. Drawing on stereotypes: Using undergraduates' sketches of elders as a teaching tool. *Educ Gerontol* 2007;33(4):327-48.
4. Shadden BB. Understanding the impact of aging on interpersonal communication. *NSSLHA Journal* 1984;12:51-60.
5. Kurt G, Beyaztaş BY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi/Turkish J For Med* 2010;24(2):32-9.
6. Blaine B.E. Understanding the Psychology of Diversity, USA: Sage Publications; 2012: 176-177.
7. Clark-Cotton MR, Williams RK, Goral M, Obler LK. Language and communication in aging. In: Birren JE (ed). *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged*. London:Elsevier; 2007:1.
8. Lyons I. Public Perceptions of Older People and Ageing. Dublin: National Centre for the Protection of Older People (NCPOP); 2009:14.
9. Busacco D. Normal communication changes in older adults. *Let's Talk For People With Special Communication Needs*. ASHA 1999;41(1):49-50.
10. Pichora-Fuller MK, Carson AJ. Hearing health and the listening experiences of older communicators. In: Hummert ML, Nussbaum JF (ed) *Aging, Communication, and Health, Linking Research and Practice for Successful Aging*, London: Lawrence Erlbaum Associated Publishers; 2001:43-51.
11. Ryan EB, Meredith SD, MacLean MJ, Orange JB. Changing the way we talk with elders: Promoting health using the communication enhancement model. *Int J Aging Hum Dev* 1995;41(2):89-107.
12. Smith M. Getting facts: effective communication with elders. In: *Geriatric Mental Health Training Series: Revised*. Iowa: The John A. Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence, College of Nursing, University of Iowa; 1993:1-20.
13. Williams K. Evidence-based strategies for communicating with older adults in long-term care. *JCOM* 2013; 20(11):507-12.
14. Burnside IM. Listen to the aged. *Am J Nursing* 1975;75(10):1800-3.
15. Hingle ST, Robinson S. Enhancing communication with older patients in the outpatient setting. *Semin Med Pract* 2009;12:1-7.
16. Gerontology.ku.edu. [homepage on the Internet]. USA:The Gerontological Society of America. Communicating with older adults: An evidence-based review of what really works. 2012 [cited 09 July 2015] Available from: <https://gerontology.ku.edu/sites/gerontology.drupal.ku.edu/files/docs/GSACommunicating%20with%20Older%20Adults%20low%20Final.pdf>.
17. Richmond VR, McCroskey JC. *Nonverbal behavior in interpersonal relations*, Boston, MA: Allyn and Bacon/Pearson Education; 2000:10-2.
18. Schwab M. Caring for the aged. *Am J Nurs* 1973;73(12): 2049-53.
19. Gleeson M, Timmins F. Touch: A fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nurs Older People* 2004;16(2):18-21.
20. Hollinger L. Communicating with the elderly. *J Gerontol Nurs* 1986;12(3):8-13.
21. Miller L. Effective communication with older people. *Nurs Stand* 2002;17(9):45-50.
22. Touhy TA. Communicating with older adults. In: Touhy TA, Jett K (ed). *Evolve Resources for Ebersole&Hess' Toward Healthy Aging*. 8th Edition. Elsevier Mosby; 2011:81-106. [cited 09 July 2015]. Available from: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323073165/Chapter%2006.pdf>.

Yaşlılıkta cinsellik**Sexuality in elderly**Mihriban Ören¹ Rukiye Kızıltepe² Banu Çengelci Özkes²¹Yaşar Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir²Ege Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Gelişim Psikolojisi Anabilim Dalı, İzmir**Öz**

Son yıllarda yaşlı nüfusunun artması ile birlikte yaşlılık konusunda yapılan çalışmalar da giderek artmaktadır. Ancak yaşlılık ile ilgili alan yazını incelendiğinde yaşlılık ve cinsellik konusunda yapılan çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Yaşlılar başta olmak üzere toplumdaki kişiler tarafından yaşlılıkta cinselliğin sürmediğine ya da sürmemesi gerektiğine inanılmaktadır. Halbuki 40-80 yaşları arasındaki erkeklerin %80'i ve kadınların %65'inden fazlası son bir yıl içinde cinsel birleşme yaşadığını belirtirken, erkeklerin sadece %17'si ve kadınların %23'ü yaşlı insanların cinsel istek duymadığını ifade etmiştir. Yaşlılıkta yaşanan cinsel sorunların tek nedeni ilerleyen yaş değildir. Yaşlanmayla birlikte insanlar bazı fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Bu değişimler, tüm yaşam alanlarını olduğu gibi doğal olarak kişinin eş ilişkileri ve cinselliğini de etkilemektedir. Cinsel problemleri, cinsel fonksiyonlarda yaşlanmayla ortaya çıkan kaçınılmaz bir düşüş olarak görmek yerine, yaşanan kişilerin fiziksel sağlık, mental sağlık, partner ilişkileri gibi yaşamın farklı alanlarındaki özelliklere bağlı ortaya çıkan problemler olarak görmenin daha doğru olduğu belirtilmektedir. Sağlıklı bir cinsel yaşamın diğer yaşam alanlarıyla yakından ilişkisi göz önüne alındığında, yaşlılık döneminde cinsel sağlığın korunması ve cinsel yaşamın iyileştirilmesi yaşlıların fiziksel sağlığı, psikolojik iyi oluşları/sağlıkları ve yaşam doyumlarını sağlamak açısından önemli olmaktadır. Bu makalede yaşlı cinselliğini etkileyen fizyolojik, psiko-sosyal ve kültürel faktörlere ve yaşlı cinselliğinin sürmesini ve korunumunu sağlama hakkındaki alan yazınına değinilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlanma, yaşlılık, cinsellik, cinsel işlev bozuklukları.

Abstract

Due to the increase in the elderly population, the number of researches on aging has become to increase in recent years. However, research on sexuality and old age is still scarce. It is commonly believed, particularly by older people, that elderly don't have sexual relationship or that sexuality should not last in later years. Nevertheless, 80% percent of the men and more than 65% of the women, aged 40-80y, reported having sexual intercourse in the past year whereas the proportion of whom declared that old people no longer have sexual desire is just 17% and 23% respectively. Increased age is not the only factor that causes sexual problems in old age. Some physiological, psychological and social changes which arise with the increasing age affect the partner relationships and sexuality of elderly as well as the other life domains. Rather than an inevitable decrease in sexual functions, sexual problems seems to emerge based on the difficulties in multiple life domains such physical or mental health and partner relationships. Considering the close association of a healthy sexuality with other domains of life, protection of sexual health and improvement of sexual life in the old age gain importance with regard to physical health, psychological well-being and life satisfaction of the elderly. In this article, the physiological, psychosocial and cultural factors affecting the sexuality of elderly men and women and the literature on continuation and protection of sexual life in the old age will be mentioned.

Keywords: Aging, elderly, sexuality, sexual dysfunctions.

Giriş

Son yıllarda yaşlı nüfusunun artması ile birlikte yaşlılık konusunda yapılan çalışmalar da giderek artmaktadır. Bu çalışmalar sıklıkla yaşlılıkta fiziksel rahatsızlıklar, kognitif ve psikiyatrik bozukluklar üzerine odaklanmaktadır.

Ancak yaşlılık ile ilgili alan yazını incelendiğinde yaşlılık ve cinsellik konusunda yapılan çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu makalenin amacı yaşlılıkta cinsellik konusunda yapılan çalışmalar üzerine bir derleme yapmaktır. Makalede öncelikle cinsellikle ilgili bir giriş yapılarak, yaşlı cinselliğini etkileyen fizyolojik, psiko-sosyal ve kültürel faktörlere değinilecektir. Son olarak da yaşlı cinselliğinin devamını ve korunumunu sağlama hakkındaki alan yazınına değinilmiştir.

Yazışma Adresi: Rukiye Kızıltepe

Ege Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Gelişim Psikolojisi Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2006) "cinsellik yaşam boyunca deneyimlenen cinsel ilişki, cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme konularını içeren insan olmanın temel bir özelliğidir". Cinsellik, düşünce, fantezi, istek, inanç, tutum, davranış, uygulamalar, roller ve ilişkilerle deneyimlenir ve ortaya çıkma imkanı bulur. Aslında cinsellik tüm bu alanları kaplamasına rağmen, bu alanların hepsi her zaman deneyimlenemeyebilir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, yasal, tarihi, dini faktörlerin etkileşimi cinsellik kavramını etkilemektedir (1).

Cinselliğin yaşam boyu sürdüğü ve akranlar, ebeveynler gibi yakın çevreden etkilendiği bilinmektedir (2). Psikodinamik görüşe göre daha 3-4 yaşlarında merak edilmeye başlanan cinsellik konusu, aile tutumları ve toplumsal baskılar nedeniyle olumsuz ve hatta düşünülmesi bile insanı suçlu hissetmeye iten bir duygu durumuna dönüşebilmektedir (3). Ebeveynler çoğunlukla küçük yaşlardan itibaren çocukları ile bu konuları konuşmaktan kaçınmakta, çocuğun farklı bilgi kaynaklarına yönelmesine sebep olmaktadır (4). Çetin ve ark. (5) tarafından yapılan çalışmada onuncu sınıfa devam eden erkek ergenlerin sekiz yıl arayla cinsel bilgi kaynakları araştırılmıştır. Yıllar içinde aileden ve pornografik filmlerden bilgi edinmede artış olurken, arkadaşlardan bilgi edinme sabit kalmıştır. Pornografi, medya ya da arkadaşlar cinsellik hakkında yanlış ya da eksik bilgi edinmemize neden olmaktadır (5). Çocuklarına cinsellik hakkında bilgi veren ebeveynler incelendiğinde ise bu ebeveynlerin mastürbasyon, cinsel haz ve homoseksüellik konularını konuşmaktan kaçındığı görülmektedir (6). Cinselliği konuşurken bazı konuları atlamak, tereddüt etmek, çocuğun soru sorabileceği bir ortam yaratmamak, baskı kurmaya çalışmak yanlış ve eksik bilgilere yol açmaktadır. Bu bilgiler de kişilerin yaşam boyu süren doğru olduğunu düşündüğü, abartılı ve yanlış inanışlara dönüşmektedir (4,7).

Toplum tarafından en yaygın olarak inanılan cinsel mitlerden biri de yaşlı cinselliği ile ilgilidir (8,9). Yaşlılar başta olmak üzere toplumdaki kişiler tarafından yaşlılıkta cinselliğin sürmediğine ya da sürmemesi gerektiğine inanılmaktadır (10). Özmen (1999) tarafından yapılan çalışmada Türkiye'de en çok inanılan cinsel mitler incelenmiş ve "Yaşlıların cinsel ilişkide bulunması uygun değildir." mitine yaygın olarak inanıldığı bulunmuştur. Bu ve benzeri mitler nedeniyle yaşlı insanların zayıf ve yetersiz olduğu, cinsel birleşmeye istekli olmadıkları düşünülmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte eş, iş gibi bir takım kayıplarla karşılaşan yaşlılar, kültürel faktörler nedeniyle yeni bir kayıp ile daha karşı karşıya gelmektedirler (11).

1. Yaşlılıkta Cinsellik

Yaşam döngüsü sürekli gelişim ve değişimle devam eden bir süreçtir. Yaşlılık, bu sürecin doğal bir aşaması olup, bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik değişimler ve

hastalıklara bağlı olarak fizyolojik bir gerileme söz konusudur (12). Yaşlanma süreciyle yaşanan bu değişimlerin doğal olarak bir kısmı cinselliğe de yansır. Ancak ortalama olarak 80'li yaşlardaki iki erkekte birinin cinsel işlevi sürdürülebildiği düşünülürse, bu değişimleri 'cinselliğin yitilmesi' yerine 'cinsel performansın azalması' olarak ifade etmek daha doğru olacaktır (13).

Cinsellik ile ilgili kapsamlı ve derinlemesine bilgiler ilk olarak Kinsey tarafından yayınlanan raporlardan gelmektedir. Kinsey, bireylerin ve grupların cinsel yaşamlarının varyasyonunu açıklamayı amaçlamıştır. Erkekler için orgazm, mastürbasyon, homoseksüel ilişki, ilişki durumu, ilk cinsel ilişki deneyimi gibi konularda bilgi toplandıktan sonra kadınlar için de bu konuları araştırmaya ve açıklamaya çalışmıştır. Veriler 1938'den 1963 yılına kadar toplanmıştır. Kinsey'in örneklemini 5300 beyaz erkek, 5940 beyaz kadından oluşmaktadır. Kinsey'in cinsel birleşme sıklığını gelişimsel olarak incelediği araştırmasında erkeklerde cinsel aktivitenin en fazla olduğu yaş aralığı 16-20 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda belli bir yaş aralığı belirtilmemekle birlikte, mastürbasyon ya da noktural rüyaların 55-60 yaşından sonra azaldığı belirtilmiştir (14-16).

Kinsey (1948; 1953)'den sonra cinsellik hakkında bu kadar kapsamlı ve derinlemesine yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır; ancak Ulusal Cinsel Sağlık ve Davranış Araştırması, cinsellik hakkında son yıllarda yapılan en çarpıcı ve geniş kapsamlı araştırmalardan biridir (17). On dört-seksen dokuz yaşları arasında 6000 deneye katıldığı araştırmada cinselliğe dair sorular yanıtlanmaya çalışılmıştır. Araştırma bulgularına göre cinsel açıdan en aktif yaş aralığı 25-29 yaşlarıdır. Bu yaşlarda cinsel birleşme oranı kadınlarda %84, erkeklerde ise %89 civarındadır. Yine bu yaş aralığında mastürbasyon oranı erkeklerde %84, kadınlarda ise %72'dir. Yaş ilerledikçe bu oranlar da azalmaktadır. 60-69 yaş aralığında cinsel birleşme oranı kadınlarda %42, erkeklerde %54 olarak bulunmuştur, mastürbasyon oranı ise kadınlarda %47, erkeklerde %61'dir. Daha ileri yaş aralığında, yani 70 yaşından büyük olan kadın katılımcıların cinsel birleşme oranında dramatik bir düşüş söz konusudur. Erkeklerde cinsel birleşme oranı %43 iken, kadınlarda %22 olarak bulunmuştur (17).

Yaşlı popülasyonda cinselliğe dair yakın zamanlarda yapılmış en kapsamlı araştırmalardan biri olan ve Türkiye'den 1500 katılımcının da içinde bulunduğu, 29 ülkede 40-80 yaşları arasında 27.500 kişiyle yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre, erkeklerin %80 ve kadınların %65'inden fazlası son bir yıl içinde cinsel birleşme yaşadığını belirtmiştir. 70-80 yaşları arasındaki erkeklerin ise yaklaşık yarısı son bir yıl içinde cinsel birleşme yaşadığını rapor ederken, kadınlarda bu oran %21'dir. Erkeklerin %17'si ve kadınların %23'ü yaşlı insanların cinsel istek duymadığını ifade etmiştir. Öte yandan erkeklerin %68'i ve kadınların %60'ı yaşlı bireylerin cinsel aktiviteyi sürdürebilmek için tıbbi tedavi

yöntemlerini kullanmasını desteklemiştir (18). Bu bulgular, yaşlılıkta cinsel yaşamın olmadığı yönündeki kanının yanlış olduğunu göstermektedir. Yaşlanmayla birlikte cinsel aktivitenin içeriğinde değişme ve sıklığında azalma olmakla birlikte yaşlı bireyler kendilerini hala cinsel açıdan aktif olarak tanımlamaktadırlar (19,20).

2. Yaşlılıkta Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler

Yaşlılıkta yaşanan cinsel sorunların tek nedeni ilerleyen yaş değildir. Yaşlanmayla birlikte insanların yaşadığı bazı fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler tüm yaşam alanlarını olduğu gibi doğal olarak kişinin eş ilişkileri ve cinselliğini de etkilemektedir (21,22). Bu derleme çalışmasında yaşlılıkta cinselliği etkileyen faktörler genel olarak fizyolojik, psiko-sosyal ve kültürel faktörler altında incelenecektir. Aynı ayrı başlıklar altında sunulmasına rağmen, bu faktörlerin dinamik bir yapı içinde etkileşim halinde olduğunu ve birbirini etkilediğini bilmek önemlidir.

2.1. Fizyolojik Faktörler

Yaşlanmayla birlikte kadın ve erkeklerin cinsel aktivite sıklığını etkileyen fizyolojik faktörlerin başına cinsel işlev bozuklukları gelmektedir. Yaşlanan kadın ve erkeklerin (40-80 yaş) cinsel davranış ve cinsel işlev bozukluklarının incelendiği kapsamlı bir araştırmada, erkeklerin %28'i ve kadınların %39'u en az bir cinsel işlev sorunu olduğunu belirtmiştir (18). Yaşlanan erkeklerde erken boşalma ve erektil disfonksiyon en sık karşılaşılan problemlerken, yaşlanan kadınlarda cinsel istek ve motivasyon kaybı ilk sırada yer almakta, bunu orgazm olmada zorluk ve vajinal kuruluk takip etmektedir (18,23).

Yaşlı cinselliğini ve ileri yaşlarda görülen cinsel sorunları etkileyen organik nedenlerden biri kadınlar için menopozdur. Kadınlarda yaşa bağlı görülen cinsel fizyolojideki değişimler, menopozla birlikte östrojen hormonu salgılanmasındaki azalmayla ortaya çıkan ikincil değişimlerdir (23). Rahim boynu ve rahim küçülmesi, vajina duvarlarının incilmesi ve vajinada küçülme, vajinal lubrikasyonun azalması gibi menopozla birlikte yaşanan bu değişimler genital duyarlılıkta azalma, orgazmda zorluk, cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) ve vajinismus, cinsel istekte ve ilişki sıklığında azalma gibi cinsel işlev bozukluklarının yaşanmasına yol açmaktadır (23-25). Amerika'da yürütülen bir araştırmada, en yaygın cinsel sorunlar olarak belirlenen cinsel istekte azalma (%39), düşük uyarılma (%25) ve orgazm olmada zorluk (%21) problemlerinin yaygınlığında yaşla birlikte önemli bir artış olduğu görülmüştür. 45-64 yaş arası orta yaş kadınların %46'sı ve 65 yaş üzeri kadınların %80'i bu üç cinsel problemden herhangi birini rapor etmişlerdir (26). Son olarak kronik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, cerrahi girişimler, inme ve kullanılan bazı ilaçlar (örn. antihipertansifler, antidepresanlar) kadınlarda cinsel aktivite düşüklüğüne yol açan diğer faktörlerdir (27).

Yaşlanan erkeklerde cinselliği etkileyen en önemli fizyolojik etmen ise androjen üretiminde ortaya çıkan ilerleyici düşüştür. Bu olgu, genellikle andropoz veya son zamanlarda tercih edilen şekilde yaşlanan erkekte androjen eksikliği olarak adlandırılmaktadır. Andropoz terimi, genel olarak yaşlanmaya ve önemli hormonal değişikliklere bağlı fiziksel ve duygusal değişikliklerin tamamını ifade etmektedir (28). Androjen grubu hormonlar içinde en önemlisi olan testosteron erkek cinsel organının fonksiyonlarının düzenlenmesinden sorumlu, normal cinsel yaşamın devam ettirilmesi ve ereksiyonun (penisin sertleşmesi) sağlanması için gerekli bir hormondur. Bazı erkeklerde, testosteron üretimindeki azalmaya bağlı olarak cinsel aktivitede ve genel enerjide azalma, ruhsal durumda bozulmalar ortaya çıksa da belirtiler her kişide farklı şekillerde görülebilmektedir. Bir yaştan sonra tüm erkeklerde testosteron düzeyinde düşme gerçekleşmektedir, fakat sağlıklı bireylerde de testosteron üretimi seviyeleri farklı olabildiği için aynı oranda azalma, her erkekte aynı etkiye sahip olmamaktadır (29,30).

Erkeklerde genellikle 40-55 yaşları arasında başlayan andropozla birlikte androjen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak, cinsel organda küçülme gibi cinsel fizyolojide değişimler ve sertleşme bozukluğu, orgazm yoğunluğunda ve cinsel istekte azalma gibi cinsel işlev bozuklukları görülmektedir (23,30). Yaşlı cinselliğine dair yapılan kapsamlı bir araştırmaya göre, sertleşme sorunu erken boşalmadan sonra en yaygın görülen cinsel problemidir ve dünya üzerindeki çoğu bölgede benzer yaygınlık oranlarına sahiptir (31). 57-85 yaş arası kadın ve erkekleri içeren bir çalışmanın (NSHAP) verilerine dayanarak yapılan bir araştırmada, genel olarak cinsel bozukluğun yaygınlığında, yaşla birlikte az bir artış olduğu gözlenmiştir. Ancak, erkeklerde sertleşme bozukluğu bunların dışında kalmış, yaşla birlikte anlamlı artış göstermiştir (32). Sertleşme sorunu yaşayan erkeklerin oranı 20-50 yaşları arasında genellikle değişiklik göstermezken (%26-29), 50-60 yaşlarında yaklaşık %40'a, 70 yaşlarında ise %70 civarına yükselmektedir (33). Yaşlanan erkeklerde, genellikle andropoz belirtilerine eşlik eden en az bir sağlık sorunu olmaktadır. Sağlığı daha zayıf olan erkeklerin, cinsel bakımdan daha az aktif olma ve cinsel problemler yaşama olasılığı daha fazladır (34). İlerleyen yaşla birlikte diyabet, hipertansiyon, kanda aşırı yağlanma, alt üriner sistem semptomları ve düşük fiziksel aktivite gibi etmenler sertleşme sorununa yol açan risk faktörleri arasında yer almaktadır (33).

Fiziksel sağlığın cinsel problemlerle ilişkisi incelendiğinde, bazı çalışmalar fiziksel sağlığın kadınların cinsel yaşamını erkeklere göre daha çok etkilediğini gösterirken (32), bazı çalışmalar da kötüleşen sağlığın erkekleri daha fazla etkilediğini göstermektedir (20,31). Cinsiyet farklılıklarıyla ilgili çalışmalar tutarsız sonuçlar ortaya çıkarsa da fiziksel sağlığın bireylerin cinsel yaşamı

üzerinde önemli bir etkisinin olduğu açıktır. Yine de cinsel problemleri, cinsel fonksiyonlarda yaşlanmayla ortaya çıkan kaçınılmaz bir düşüş olarak görmek yerine, yaşlanan kişilerin fiziksel sağlık, mental sağlık, partner ilişkileri ve özellikleri gibi yaşamın farklı alanlarındaki özelliklere bağlı ortaya çıkan problemler olarak görmenin daha doğru olduğu belirtilmektedir (32).

2.2. Psiko-sosyal Faktörler

Yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin yanında bazı psiko-sosyal etmenler bireylerin cinsel yaşamlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (22). Ancak alan yazınında kadınların cinsel işlevleri sürdürülmesinde fizyolojik faktörlerden ziyade psiko-sosyal faktörlerin daha fazla etkili olduğu düşünülmektedir (35). Bu nedenle psiko-sosyal faktörlerle ilgili yapılan çalışmaların daha çok kadınlara odaklandığı görülmektedir.

Psikolojik faktörlerin içinde özellikle depresyon gibi bozuklukların her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılıkta da cinsel yaşamı etkilediği bilinmektedir (36). Laumann ve ark. (31) tarafından yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre depresyon, dünya üzerindeki çoğu bölgede yaşlıların cinsel işlevleri üzerinde etkisi olan fizyolojik ve psikolojik bir faktör olarak dikkat çekmektedir. Bir diğer çalışmada (Massachusetts Male Aging Study), 40-70 yaş arasındaki erkeklerde depresyon ve erektil disfonksiyon arasında güçlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre depresif belirtiler erektil disfonksiyon görülme olasılığını artıran önemli bir risk faktörüdür; depresyonun erektil disfonksiyon üzerindeki etkisi yaş arttıkça artmakta, sağlık durumu ve fiziksel aktivite düzeyleriyle tutarlı bir şekilde değişkenlik göstermektedir (37).

Benzer şekilde menopozun yaşlı kadınların cinsel yaşamını etkileyen hem fizyolojik hem de psiko-sosyal bir faktör olduğu görülmektedir. Menopoz dönemindeki kadınlarla yürütülen bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık %47'sinin bir cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğu ve cinsel işlevlerde bozulmanın yaş, menopoz semptomları ve düşük yaşam doyumu ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür (38). Ayrıca, kadınlarda özellikle menopozdan sonra en sık görülen kanser türü olan ve yaşam kalitesini ve süresini düşüren meme kanseri tanı ve tedavisinin cinsel işlev bozukluklarının oranında artışa neden olduğu görülmektedir (39,40). Bir çalışmada; kanser tedavisi gören kadınlar, sağlığı için endişeli oldukları, kendilerini hala hasta hissettikleri ve fiziksel görünümlerinden rahatsız oldukları gerekçeleriyle eş ilişkilerinin etkilendiğini ifade etmişlerdir (40). Meme kanseri tedavisi kapsamında memenin alınmasının, kadının beden imajına zarar vererek çekicilik duygusunu ve cinsel işlevleri olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu konudaki araştırmalara dayanarak, meme koruyucu cerrahinin kadınların cinsel yaşamı üzerindeki etkisi bakımından en iyi sonucu verdiği belirtilmektedir. Sonuçlar kadının beden imajı, benlik saygısı, partner

ilişkileri gibi etkenler ile içinde bulunduğu sosyo-demografik ve kültürel özelliklerden etkilenmektedir (39).

Yaşlı kadınlardaki cinsel aktivite düşüklüğünün diğer bir önemli sebebinin eş bulamama olduğu belirtilmektedir (41). Lindau ve ark. (19) 2007'de yaptıkları çalışmada, erkeklere kıyasla, yaşlanan kadınların cinsel partner bulma ve dolayısıyla cinsel aktivitede bulunma olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bunun olası bir nedeni olarak da kadınların ortalama yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra bazı demografik etkenler cinsel aktivite sıklığını, doyumu ve cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan kadınların daha aktif bir cinsel yaşama sahip oldukları görülmüştür (42).

Çalışmalarda, orta yaş ve üzeri kadınların önemli bir kısmının tatmin edici bir cinsel yaşam sürdürdükleri gözlenmiştir; çoğu kadının klinik kaynakların önerdiğinden daha çok cinsel yönden aktif olduğunun görülmesiyle birlikte, yaşlı kadınlarda cinsel aktivite yokluğunun ilerleyen yaşta çok genel olarak evlilik ilişkileriyle ve fiziksel ve mental sağlıklarıyla yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir (42,43). Kısacası cinselliğin yaşamın diğer alanlarından bağımsız olmadığı görülmektedir. Sağlığı bozan tüm etkenlerin cinsel yaşam üzerinde olumsuz bir etkisi olmakta ve dolayısıyla cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (27).

2.3. Kültürel Faktörler

Cinselliğe her çağda farklı anlamlar yüklenmiştir. Antik dönemlerde cinsellik haz alma gibi olumlu tutumlarla ilişkilendirilirken, dinlerin ortaya çıkması ile birlikte kötülük ve günah duyguları ile cinselliğin baskılanması söz konusudur. Günümüz dinlerinde nefsi kontrol etmek, cinsel davranışı durdurmak önemlidir (44). Bu nedenle toplumun sosyokültürel özellikleri, cinsellik konusunun yıkılması zor bir tabu olmasına neden olmaktadır (12). Toplumda yaşlıların cinsel yaşamının olmadığı ve bu işlevin sürmemesi gerektiği yönünde süregelen yaygın bir inanış bulunmaktadır (45). Özellikle Türkiye gibi toplumlarda kadın cinselliği üreme ve aile oluşturma ile eşdeğer görüldüğünden menopoz ile birlikte kadınlar cinselliğin sonlanması gerektiğini düşünmektedir. Sonuç olarak kültürel faktörlerin etkisiyle yaşlılar tarafından cinselliğin konuşulması doğal karşılanmamakta ve cinsel sorunlarla ilgili yardım aramaları güçleşmektedir (46).

3. Yaşlılıkta Cinselliğin Korunması

Sağlıklı bir cinsel yaşamın diğer yaşam alanlarıyla yakından ilişkisi göz önüne alındığında, yaşlılık döneminde cinsel sağlığın korunması ve cinsel yaşamın iyileştirilmesi yaşlıların fiziksel sağlığı, psikolojik iyi oluşları ve yaşam doyumlarını sağlamak açısından önemli olmaktadır (27). Cinsel aktivite sıklığının ve cinsel problemlerin de fiziksel, psikolojik ve kültürel faktörlerden etkilendiği düşünülürse, bu faktörlerin iyileştirilmesi, yaşlılıkta sağlıklı ve tatmin edici bir cinsel yaşamın

sürdürülmesi ve cinsel sağlığın korunmasını sağlamaya yardımcı olacaktır.

Öncelikle toplumda hem gençler hem de yaşlılarda var olan yaşlı bireylerin cinsel isteği ve cinsel yaşamı olmadığı yönündeki yanlış kanının yıkılması gerekmektedir (10,18). Bunun, yaşlı bireylerin cinselliğinin tanınmasını ve dolayısıyla kendi cinsel yaşamlarından bahsetme ve problemlerini dile getirmelerini kolaylaştırması beklenebilir. Var olan yanlış inançların yıkılması, öncelikle cinsel bilgilerin doğru bir şekilde edinilmesiyle başlayabilir. Cinselliğin gelişimi, içinde bulunulan toplumsal koşullar tarafından belirlenmektedir; "cinsel toplumsallaşma" olarak adlandırılan bu süreç çocukların cinselliğe dair nelerle karşılaştıkları ve bu konuda nasıl eğitildiklerini ifade etmektedir. Bu süreçte ebeveynler tarafından veya okulda ders şeklinde verilecek cinsel eğitim, sağlıklı cinselliğin gelişimini ve cinselliğe dair doğru bilgilerin edinilmesini sağlayacaktır (47). Benzer şekilde, cinsellik konusunda bilgilendirmenin ve verilen eğitimlerin, yaşlıların cinsellikle ilgili tutumları ve cinsel yaşamları üzerinde olumlu etkileri olmaktadır (48). Wiley ve Bortz (49) tarafından yapılan çalışmada 65 yaş üstü kadın ve erkeklere cinsellik ve cinsel sağlık konularında eğitim verilmiştir; 6 ay sonra alınan ölçüm sonuçlarına göre, kontrol grubuna göre eğitim alan yaşlılar cinsel açıdan daha aktif ve daha mutlu olduklarını belirtmişlerdir.

İleri yaşlarda ortaya çıkan çoğu cinsel işlev bozukluğunun aslında tıbbi ve psikolojik faktörlere bağlı ortaya çıkan ikincil bozukluklar olduğu belirtilmektedir. Örneğin, fiziksel kısıtlılıklar, hastalıklar veya normal yaşlanma sürecinin getirdiği yetersizliklerin etkisiyle yaşanan cinsel sorunlar "ikincil cinsel işlev bozuklukları" olarak tanımlanmaktadır (50). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere, cinsel sorunlar ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan kaçınılmaz bir son değil, tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir sağlık problemleri olarak görülmelidir. Örneğin, testosteron yerine koyma tedavisi, bazı yan etkileri olmasına rağmen, erkeklerde cinsel isteği artırmaya ve cinsel hayatı iyileştirmeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca, bu tedavi yönteminin kas gücünü artırdığı, halsizlik ve yorgunluk hislerinin ortadan kalkmasını ve erkeklerin kendini daha iyi hissetmesini sağladığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (30).

Fazla kilolardan kurtulmak, düzenli egzersiz yapmak, stresten olabildiğince uzak durmak, sigara ve alkol tüketiminden kaçınmak fiziksel sağlığı, dolayısıyla cinsel yaşamı geliştirmeye katkıda bulunmaktadır (29). Kullanılan bazı ilaçların cinsel fonksiyonları etkileyebileceği belirtilmektedir. Bu gibi durumlarda, doktorun önerisiyle ilaç değişimi yapılabilir. Diyabet ve yüksek tansiyon gibi kronik hastalıkların kontrol altında tutulması

ve tedavisinin yapılması sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülebilmesine yardımcı olabilir (27,29,33).

Öte yandan sağlık profesyonellerinin sıklıkla yaşlıların cinselliğini ve ilişkili davranışları anlamakta güçlük çektiği belirtilmektedir. Bu durum çalışanların yaşlı hastalara karşı olumsuz tutum sergilemesine neden olmakta, dolayısıyla yaşlı bireylerin cinselliği ifadesi engellenmekte veya çalışanlar tarafından göz ardı edilmektedir. Sonuç olarak yaşlı bireylerin yeterli ve uygun sağlık hizmeti alması engellenebilmektedir (41). Özellikle depresyon gibi psikolojik problemler ve tedavileri, her yaş grubunda cinsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Fakat yaşlı bireyler söz konusu olduğunda, depresyona bağlı cinsel problemlerin belirlenmesi ve düzgün bir şekilde tedavi edilmesi, gençlere göre daha az olası olabilmektedir. Psikiyatristlerin, depresyon şikayetiyle gelen yaşlı bireylerden cinsel yaşantılarıyla ilgili bilgi alma eğilimlerinin gençlere kıyasla daha az olmasının bu duruma yol açtığı düşünülmektedir (36).

4. Sonuç ve Öneriler

Yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların genellikle erkek cinselliğine odaklandığı görülmektedir. Cinsel birleşme, cinsel yakınlık kurma ve mahremiyetten daha üstün görüldüğü için kadın cinselliği çalışmalarda göz ardı edilmektedir (51). Bu nedenle yaşlı kadınların cinselliği ile ilgili daha fazla sayıda ampirik çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlı cinselliği alan yazınında es geçilen konulardan biri de homoseksüel yaşlıların cinselliğidir. Ayrıca ampirik çalışmaların çoğu kesitsel çalışma deseni kullandıkları için bu alanda yapılan daha kapsamlı boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü yaşlı cinselliğinin en büyük belirleyicisinin gençlikteki cinsellik olduğu bilinmektedir. Gençliğinde cinsel açıdan aktif olan kişiler, yaşlılığında da cinsel açıdan aktif olmaya devam etmektedirler (15,16).

Sonuç olarak; cinsel aktivite sıklığı yaşla birlikte azalmasına rağmen, yaşlanmakta olan kadın ve erkekler kendilerinin hala cinsel açıdan aktif olduğunu ifade etmektedir (19). Yaşlılık döneminde cinsellik bir tabu olarak görülmesine rağmen yaşlıların cinsel yaşamlarına devam ettiği, genç ve yetişkinlerin aksine cinselliğe daha farklı anlamlar yükledikleri görülmektedir (44). Son zamanlarda yapılan çalışmaların da gösterdiği gibi yaşlı cinselliğinin sanılanın aksine cinsel birleşme demek olmadığı bilinmelidir. Cinsel etkinlik partnerler için tutkudan çok yakınlık anlamına gelmektedir. Genç yetişkinlerin aksine orgazmın gücü ve sayısı önemini kaybederken, birbirini sevmek, birbirine dokunmak, yani birliktelik anlam kazanmaktadır (52).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva, 2006;sayfalar. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health
2. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim (Gelişim Psikolojisi) (Çeviri ed. Yüksel G). 13. Basımdan çeviri, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2012.
3. Green MG, Piel JA. Theories of Human Development: A Comparative Approach. Boston: Pearson Education; 2010.
4. Semerci BZ. Çocuklarımızla Cinsellik Hakkında Nasıl Konuşalım? 2 Basım. Ankara: Alfa Basım Yayın; 2014.
5. Çetin S, Bildik T, Eremiş S ve ark. Erkek ergenlerde cinsel davranış ve cinsel bilgi kaynakları: Sekiz yıl arayla değerlendirme. Türk Psikiyatri Derg 2008;19(4):390-7.
6. Nobre P, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. J Sex Res 2006;43(1):68-75.
7. De Silva P, Rodrigo W. Sex therapy in Sri Lanka-development, problems and prospects. Int Rev Psychiatry 1998;7(2):241-6.
8. Adams Jr SG, Dubbert PM, Chupurdia KM, Jones Jr A, Lofland KR, Leermakers E. Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. Arch Sex Behav 1996;25(3):249-60.
9. Hodson DS, Skeen P. Sexuality and aging: The hammerlock of myths. J Appl Gerontol 1994;13(3):219-35.
10. Hobson KG. The effects of aging on sexuality. Health Soc Work 1984;9(1):25-35.
11. Özmen HE. Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999;2(1):49-53.
12. Öz F. Yaşamın son evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz Dergisi 2002;10(2):17-28.
13. Erol H. Yaşlılarda cinsellik: Yaşlanan erkekte cinsel sorunlar. Türk Geriatri Derneği 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı. 2010:208-14.
14. Alfred Kinsey's 1948 and 1953 Studies. Indiana University: Kinsey Institute (Erişim Tarihi: 16/04/2014) Available from: <http://www.kinseyinstitute.org/research/ak-data.html>
15. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. Bloomington: Indiana University Press; 1948.
16. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual Behavior in the Human Female. Bloomington: Indiana University Press; 1981.
17. National Survey of Sexual Health and Behavior, 2010. Indiana University (Erişim Tarihi: 10.01.2016) Available from: <http://www.nationalsexstudy.indiana.edu/>
18. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology 2004;64(5):991-7.
19. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older people in the United States. N Engl J Med 2007; 357(8):762-74.
20. Kalra G, Subramanyam A, Pinto C. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. Indian J Psychiatry 2011;53(4):300.
21. Aslantaş Ertekin B. Yaşlıda cinsel yaşam ve sorunları. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics 2009;2(4):81-5.
22. Tufan İ. Gerontolojiye Giriş. İsmail Tufan Gerontoloji Enstitüsü (İTGE) Yayın Arşivi. Available from: <http://www.itgevakif.com/arsiv.html>. Erişim tarihi 10.01.2016
23. Phanjoo AL. Sexual dysfunction in old age. Adv Psychiatr Treat 2000;6(4):270-7.
24. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. Androloji Bülteni 2006;24:76-8.
25. Sarrel PM. Sexuality and menopause. Obstet Gynecol 1990;75(4):26-35.
26. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. Obstet Gynecol 2008;112(5):970-8.
27. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):111-36.
28. Morales A, Heaton JP, Carson III CC. Andropause: A misnomer for a true clinical entity. J Urol 2000; 163(3):705-12.
29. Başar MM. Yaşlılıkta Erkek Cinsel Organlarında Yaşa Özgü Meydana Gelen Değişimler. Özbarış ve Aslan (Ed.). Yaşlı Sağlığı Modülleri. Ankara: Anıl; 2011: 279-86.
30. İnci K: Andropoz ve Sonrası Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Ankara: Hacettepe Üniversitesi GEBAM, 2007.
31. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res 2005;17(1):39-57.
32. Laumann EO, Das A, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. J Sex Med 2008;5(10):2300-11.
33. Ponzolzer A, Temml C, Mock K, Marszalek M, Obermayr R, Madersbacher S. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. Eur Urol 2005;47(1):80-6.
34. Buttaro TM, Koeniger-Donohue R, Hawkins J. Sexuality and quality of life in aging: Implications for practice. J Nurse Pract 2014;10(7):480-5.
35. Fookan I. Sexuality in the later years-the impact of health and body-image in a sample of older women. Patient Educ Couns 1994;23(3):227-33.
36. Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of ageism 'When it comes to taking a sexual history?'. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16(1):27-31.
37. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. Psychosom Med 1998;60(4):458-65.
38. Ornat L, Martínez-Dearth R, Muñoz A, et al. Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. Maturita 2013;75(3):261-9.
39. Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(2):77-83.
40. Aygün D, Eti Aslan F. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(2):105-14.

41. Şen S, Usta E, Aygin D, Sert H. Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. *Androloji Bülteni* 2015;17(60):64-7.
42. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):755-64.
43. Shea JL. Older women, marital relationships, and sexuality in China. *Ageing Int* 2011;36(3):361-77.
44. Başar MM. Yaşlı Cinselliğinin Etik ve Hukuksal Yönü. *Türk Geriatri Derneği 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı*. 2010;216-7.
45. Özen H. Yaşlılık ve cinsel hayat. *Geriatri, YG. Kutsal (Ed). Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi*; 2002:101-2.
46. Babacan SS. İnsan seksüalitesinin kültürel ve psikososyal yönleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2003;11(1):131-6.
47. Steinberg LD. *Ergenlik*. (Çev: Figen Çok) Ankara; İmge Kitabevi; 2007.
48. White CB, Catania JA. Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged. *Int J Aging Hum Dev* 1981;15(2):121-38.
49. Wiley D, Bortz WM. Sexuality and aging-Usual and successful. *J Gerontol* 1996;51(3):142-6.
50. Willert A, Semans M. Knowledge and attitudes about later life sexuality: What clinicians need to know about helping the elderly. *Contemporary FamilyTherapy* 2000;22(4):415-35.
51. Malatesta VJ. Sexual problems, women and aging: An overview. *J Women Aging* 2007; 19(1-2):139-54.
52. Onur B. *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm*. 9. Baskı. Ankara: İmge Yayıncılık; 2011.

Düzeltilme: Geriatriye ileri direktifler Erratum: Advance directive in geriatrics

Çiçek Fadiloğlu Fisun Şenuzun Aykar

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Öz

İleri direktifler; bireyin karar vermesinin uygun olmadığı koşullarda veya iletişim kurulamadığı durumlarda (koma, vb.) sağlık bakımına yönelik ne isteklerinin belirtildiği yazılı belgelerdir. Yaşlıların pek çoğu kronik hastalıkları ve komorbid durumları nedeni ile yaşamdan izolasyon, bilinmeyen korkusu, hata yapılacağı korkusu, bağımsızlığın kaybolacağı korkusu, ölüm sürecinin iyi olmaması korkusu yaşamaktadırlar. Bu neden ile yaşlıların çoğu kendi tedavisinin seçiminde yer almak ve yapılacak tüm uygulamalarda aktif bir rol almak istemektedirler. Sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler, yaşlı bireyin özellikle bağımlı hale geldiği durumlarda otonomisini arttıran tek yoldur.

Bu makalede; ileri direktif ve ileri sağlık direktiflerin tanımı, karar süreçlerinde sağlık profesyonellerinin rolleri, ileri direktif süreçlerinin açıklanması ve direktiflere yönelik yasal süreçler açıklanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: İleri bakım direktifleri, ileri direktifler, yaşlı.

Abstract

Advance directive are a written statement, that appoints someone health care decisions if a person become unable to make desicions and unable to communicate (coma, etc.) his or her wishes, and/or provides intructions that describe the kind of care a person would want or not want under particular conditions. Many older people who has a chronic disease and comorbity fear the unknown; they fear that mistakes will be made; they fear that they will lose their indepence and die without dignity. Many old people want a more active role in selecting or consenting to treatment. Health care directive and advanced directive increases the autonomy of an individual in site of incompetence. This article defines the advance directive and health care directive, looks at the role of the health professionals in this decion-making process, describes the advance directive process, and explains some of the legal issues related to directives.

Keywords: Advance care directive, advance directive, elderly.

Giriş

Sağlık bakımı tarihsel süreç içerisinde akut yaşam destekleri üzerine odaklanmıştır. Bununla birlikte yaşam sonu bakım süreci hem emosyonel hem de finansal yararlılıkları nedeni ile her geçen gün önem kazanmaktadır. Gün geçtikçe bireyin yaşam sonu bakımında, bakımına ilişkin konularda kendisinin karar vermesinin daha iyi olacağına dair güçlü toplumsal ve profesyonel fikir birliktelikleri ortaya çıkmaktadır. Bireyin bakımına ilişkin uygulamaları reddetme ve devam etmeme gibi kararlar gerek resmi gerekse profesyonel kurumlar tarafından desteklenmektedir. Ortak kararlarda bireyin direkt olarak tercihlerini bildirebilme durumu esas alınmıştır.

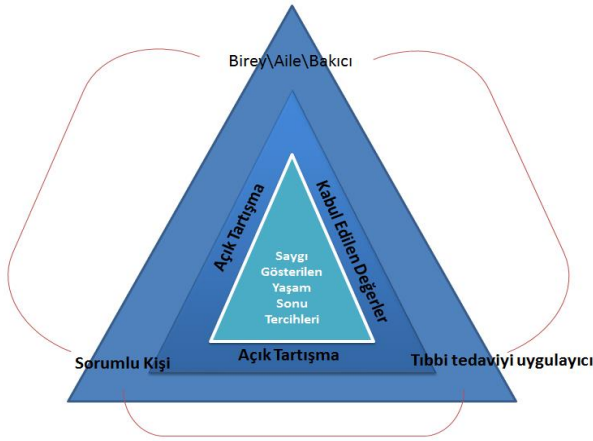
İleri direktifler bireylerin geleceğe yönelik olarak bakım ve tıbbi kararlarının ne şekilde belirleyeceklerine yönelik önerilerinin geliştirildiği bir yoldur (1-4).

1990'da Birleşmiş Milletlerde çıkarılan Hasta Öz-Kararlılık Yasası (PSDA) etkin olarak 1 Aralık 1991'den beri bütün sağlık kuruluşlarında bireyin ileri direktifleri kapsayan istekleri doğrultusunda uygulanan bir uygulamadır. Pek çok ülkede ileri direktif formları yasal olarak kullanılmaktadır (3). Bu formlar genellikle bireyin özerk olarak resüsitasyon, antibiyotik kullanımı, diyaliz, kan transfüzyonu, beslenme ve hidrasyon gibi bakım konularını içeren direktifleri içermektedir. Hollanda'da 2002 yılından bu yana ileri direktifler içerisinde ayrıca ötenazi de yer almaktadır (5).

Yaşlıların pek çoğu kronik hastalıkları ve komorbid durumları nedeni ile yaşamdan izolasyon, bilinmeyen korkusu, hata yapılacağı korkusu, bağımsızlığın kaybolacağı korkusu, iyi ölüm sürecinin olmaması korkuları yaşamaktadır (6). Bu nedenle yaşlıların çoğu tedavisinin seçiminde yer almak ve yapılacak tüm uygulamalarda aktif bir rol almak istemektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında sağlık profesyonelleri açısından yaşlı bireyin tedavi ve bakım yönetimine karar vermek diğer disiplinlerden daha zor ve komplike bir durumdur. Yaşlı

bakımında yer alan sağlık çalışanları bugün oldukça kompleks tıbbi, etik ve yasal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlıya yapılacak her tür müdahale ile ilişkili faktörleri, olası sonuçları, riskleri ve tüm diğer olasılıkları göz önünde bulundurmalı ve bunları analiz edebilmelidir (6). Sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler bu tür zor durumlarda sağlık çalışanlarına hastanın onamı ve istekleri doğrultusunda belirlenmiş kararları almada destek sağlanmaktadır. Buna ek olarak sağlık bakım direktifleri ve ileri direktifler, yaşlı bireyin özellikle bağımlı hale geldiği durumlarda ne istediğini bilen, diğerlerine izin veren yetkin bireyler olmasını sağlamaktadır (6).

Yaşlı bireylerde ileri bakım ve direktiflerin planlanmasında amaç hasta ve ailelerinin kişilerarası ve aile içi ilişkilerini güçlendirme, aile ve bakım verenlerin yükünü hafifletme, ölüme hazırlama, şu anda ve gelecekteki sağlık bakım hizmetlerinin kontrolü ve sürekliliğini sağlamaktır. İleri direktifler; ileri bakımın planlanmasında en önemli komponenti oluşturmakta ve yaşlı bireyin veya hastanın aile bireyleri ve sağlık bakım profesyonelleri ile birlikte gelecekteki tıbbi tedavisine yönelik hedef, değerler ve istekleri içeren kollaboratif bir yapı içerisinde planlanmaktadır (Şekil-1) (7,8).



Şekil-1. İleri direktif komponentleri.

Yaşlılarda ileri direktiflerin kullanım durumunu inceleyen bir çalışmada Molloy and Guyatt (9), yaşlılara ileri sağlık bakım direktiflerinin uygulanmasını açıklanmışlar ve yaşlıların kendi sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak istediklerini ve eğer fırsat verilirse kapsamlı direktiflerini tamamlayacaklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların %80'inin kendileri ve aileleri tarafından onların adına bir form düzenlendiği ve yaşlıların ciddi bir hastalıktan sonra veya yıllık takipte ileri direktiflerine yönelik fikirlerinin değişmediği saptanmıştır (9). Yaşlılarda ileri direktif talimatlarının kullanımını etkileyen engellerin; farkındalık eksikliği, zaman kısıtlılığı, korku ve duygusal engeller, sağlık profesyonellerinin eğitim eksikliği, etkisiz iletişim, güven eksikliği, vekil tayin edememe ve kültürel faktörler

rol oynamaktır (8). Yaşlı bireyde yaş, kronik hastalık varlığı, bakıcı sorunları, emeklilik süreci gibi durumlar da ileri direktifleri planlamayı tetikleyen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır (8).

İleri direktifler; bireyin koma, deliryum, demans, psikoz gibi karar vermeyi etkileyen bir yetersizliği olduğunda veya terminal dönem sürecinde tedavi veya bakıma yönelik hastanın otonomisinin sürdürülmesini sağlamakta ve bu şekilde hasta sağlığı yönünden yasal bir güç oluşturmaktadır (6,9,10). Hastanın yetersizliklerine rağmen sağlık direktifleri ile hastanın otonomisini arttırdığı gibi sağlık hizmetlerinden memnuniyeti de arttırmaktadır (10).

Yaşlı bireylerde ileri direktif ve bakımın yapılandırılması süreci tanı alındıktan sonra başlayan palyatif bakım, yaşam sonu bakım ve ölümü de içine alan çok geniş komponentleri içine alan bir durumdur (Şekil-2) (8).

İleri Direktif ve Bakımın Planlama Basamakları

İleri direktif ve bakımın planlanmasında; konuya giriş, yapılandırılmış görüşmeler, hasta tercihleri, direktiflerin gözden geçirilmesi ve güncel koşullara göre direktiflerin planlanması olmak üzere beş adım bulunmaktadır (11).

Basamak 1. Konuya Giriş

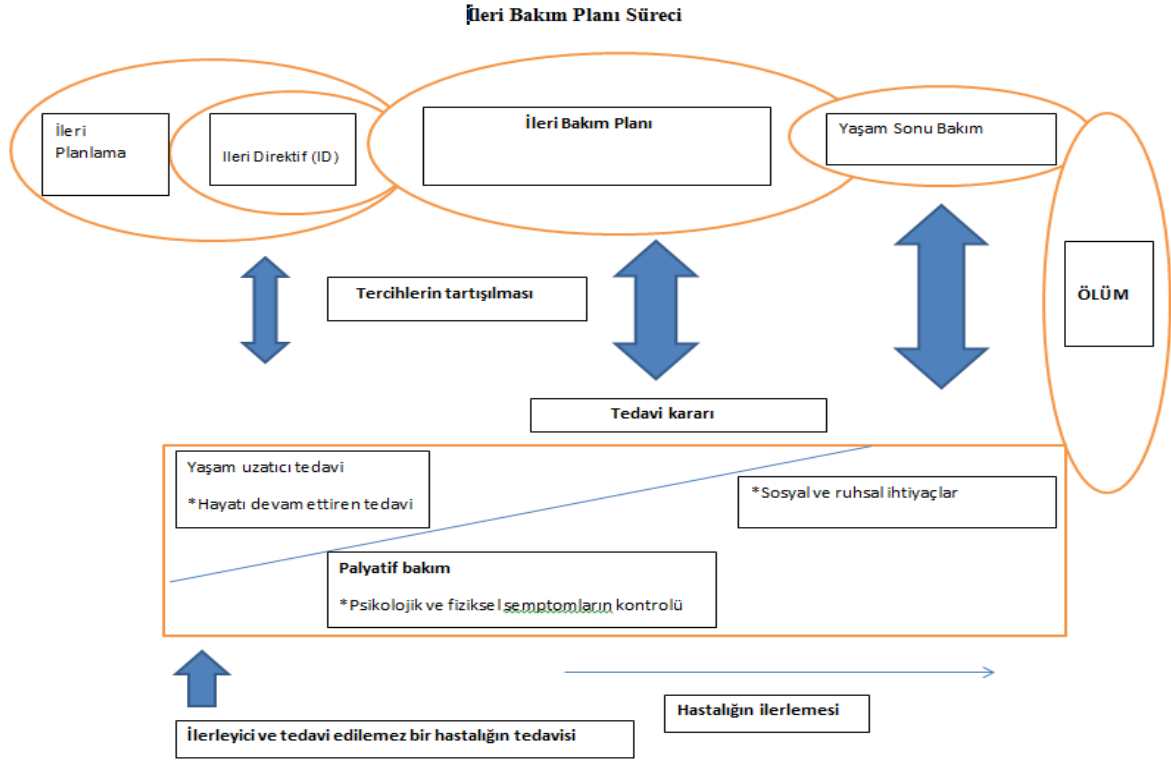
- Hastanın değerlerinin kayıtlı olduğu dokümanların ve ileri direktif dokümanlarının sağlanması,
- Yaşam sonu bakım kararların kararlaştırıldığı ve hastadan doldurması istenilen belgelerin teslim edildiği bir buluşmanın ayarlanması,
- Palyatif bakım fırsatlarının tartışılması.

Basamak 2. Yapılandırılmış Görüşmeler

- Bireyin sağlık ve hastalık ile ilişkili değerlerinin anlaşılması,
- Hastanın istek ve kararları göz önüne alınarak vekilinin sürece dahil edilmesi,
- Hastanın ileri bakımının sağlanmasında sağlık bakım ekip üyelerinin sürece dahil edilmesi.

Basamak 3. Hasta Tercihlerinin Dokümantasyonu

- Hasta ileri direktif seçimlerini tamamladıktan sonra hekimin hasta ile birlikte bu seçimlerin değerlendirmesini yaparak hastanın tüm konuları anlamasını sağlaması,
- Direktiflerin tıbbi istemlere kaydedilmesinin sağlanması,
- İleri direktif ve palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olan gönüllü sağlık bakım sağlayıcılarının temininin sağlanması,
- Hastaların sağlık bakım elemanı ve hastane ile temasları durumunda ileri direktiflerin varlığının kabulünde hasta farkındalığının sağlanması.



Şekil-2. İleri direktif ve bakımın planlanması.

Basamak 4. Direktiflerin Gözden Geçirilmesi ve Güncellenmesi

- Sağlık ve hastalık durumlarındaki değişikliklere göre direktiflerin yeniden gözden geçirilmesi ve güncellenmesi.

Basamak 5. Güncel Koşullarda Direktiflerin Uygulanması

- Birçok ileri direktif hasta kendi bakımını sürdüremediği zaman uygulanmaya koyulur. Hastanın karar verme kapasitesi değerlendirilir. İleri direktifin önemli bir yönü, düzenli olarak güncellenmesi gerektiğidir.

İleri Direktif ve Bakım Kılavuzu

Yaşlı bireylere ileri direktif ve bakımın oluşturulmasına yönelik kılavuz 2012 yılında geliştirilmiştir. Kılavuzda yer alan alt boyutlar ve geliştirilen protokol aşağıda özetlenmiştir (3, 12,13).

1. Prensipler

- Tüm insanların kendi bedenine ne yapılacağına bilmeye hakları vardır.
- Aksi kabul edilene kadar tüm insanların karar verme yetisine sahip olduğu varsayılır.
- Görüşmeye katılan tüm hastalarla sözel ya da alternatif iletişim yolları ile onların tedavi tercih ve istekleri tartışılmalı.

d. Sağlık bakım uzmanları yaşlı hastalar için ileri direktiflerin kullanımını teşvik ederek yaşam sonu bakımı geliştirebilir.

2. Protokol

2.1. İleri Direktife Yönelik Eğitim

- Hastalar ileri direktifler hakkında daha fazla bilgi isterler.
- Hastalar doktor ve hemşirelerin ileri direktifler hakkında kendilerine ulaşmalarını isterler.

2.2. İleri Direktif Gereklilikleri

- Kişilerin sağlıkları hakkındaki kararlarda kişilerin isteklerine göre hareket edilmesi için sağlık bakım profesyonellerine kılavuz sağlanması
- İleri direktifler uygulandığında sağlık personelinin, hastanın vekili veya ailesinin yasal süreçlerde korunmasının sağlanması

2.3. İleri Direktif Türleri

- **Sağlık bakımı için sürekli temsil yetkisi (durable poer of attorney for health care - DPAHC/HPC);** bireyin isteklerini ifade edebilecek iletişimin kurulmadığı veya sağlık bakım kararları için karar verme yetisinin yitirilmesi durumunda vekilin belirlenmesi
- **Yaşama ilgili karar (Living will-LW);** bireylerin yaşamını uzatıp uzatmamayı isteyeceği belirli türlerde sağlık bakım tedavileri hakkında sağlık bakımı sağlayıcılarına özel talimatlar sağlar.

2.4. Yönerge veya Tıbbi Direktif

- Yaşama ilgili kararların (LW) eksik yönlerinin giderilmesinin sağlanması,
- Bu tip direktifler özel klinik durumlardaki hastaların kabul edilebilir spesifik girişimlerini tanımlar.

2.5. Sözel Direktif

- Hastanın isteklerinin duruma yönelik açık ve ikna edici kanıtlar olduğunda sözel olarak kabul edilmesidir. Bazı ülkelerde sözel direktifler uygulanmaktadır.

Değerlendirme Kriterleri

- Yetişkin hastaların tümüne (koma, demans vb.) bir vekilinin olup olmadığı sorulmalıdır.
- Yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, dini ne olursa olsun tüm hastaların tedavisi veya prognozu önerileri doğrultusunda tartışılarak ele alınmalıdır.
- Bir vekil tayin etmiş ise;
 1. Belge hazır olmalı.
 2. Hekim bir vekilin var olduğunu ve belgenin kopyasının olduğunu bilmeli.
 3. Direktiflerin hastanın mevcut istek ve tercihlerini yansıtıp yansıtmadığını belirlemek için hekim/hemşire tarafından vekil ve hasta periyodik olarak denetlenmelidir.

Yaşlı bireylere yönelik planlanan ileri direktif kılavuzların temelini eğitim oluşturmaktadır. Bravo ve ark. (14) 2008 yılında yaptığı bir meta analiz çalışmasında da ileri direktif uygulaması öncesi verilen kapsamlı eğitim ve bilgilendirmenin, ileri direktiflerin daha yararlı ve etkin kullanılmasını desteklediği saptanmıştır.

Bununla birlikte, önerilen direktiflerde kullanılan terminoloji sağlık profesyonelleri tarafından benzer yorumlanabilir olmalı ve kurumdan kuruma, hekimden hekime farklılık göstermemelidir. İleri direktifler pek çok ülkede acil durumlarda ulaşılmayı sağlamak için, cüzdandan boyutunda kopyalar halinde veya Medic-Alert kolyeler şeklinde bireyler tarafından taşınabilmektedir. Bunun dışında sağlık sigortası kartları üzerinde yerleştirilen mikroçipler aracılığıyla da ileri direktifin tüm bilgilerine ulaşılabilmektedir (6).

İdeal bir ileri direktif yönergesi kapsamlı olmalıdır; beslenme, yaşamı tehdit eden hastalığın tedavisi ve kardiyak arrest gibi durumlara yanıtı içeren birçok konuyu kapsamalıdır. Geri dönüşü olan (reversible) ya da olmayan (irreversible) hastalıklarda istenen tedavinin seviyesini bireysel olarak belirlemek mümkün olmalıdır. Geri dönüşü olmayan bir durumun insanlara göre tanımları değiştiğinden, yönergede bireysel terimlerin ne anlama geldiğini belirtmek gerekmektedir. Kan nakli, organ bağıışı ve otopsi konusundaki istekleri de kayıt altında olmalıdır (5) (Tablo-1).

İleri Direktiflerde Yer Alan Özel Durumlar

İleri direktif yönergelerinde aşağıda yer alan özel durumlar yer almaktadır (7,11,13). Bu durumlara ek olarak; var olan kronik hastalığa yönelik spesifik tedavi (dializin sonlandırılması, vb.) direktiflerde yer alabilmektedir.

Hekim Yardımlı İntihar ve Ötenazi

Hekim yardımlı intihar ve ötenazi felsefeciler, etikçiler, sağlık profesyonelleri tarafından yıllardır tartışılmaktadır.

Ötenazi: Tedavi edilemeyen ve sürekli ilerleyen bir hastalığa sahip bireyin kasti olarak hızlı ve ağrısız bir şekilde yaşamına son verilmesidir.

Hekim yardımlı intihar: Ölümünü hızlandırmak için genellikle hekimler ve sağlık bakım vericilerinden yardım isteyerek ölümcül dozda ilaç kullanımı ile hasta bireyin yaşamına son verilmesidir.

Bu iki olay diğer tıbbi girişimlerden; yaşam destek tedavilerinin devam ettirilmemesi ve tolere edilemeyecek dozda ilaç kullanımı gibi iki farklı yönden ayrılmaktadır, ancak arasında fark olmadığı da savunulmaktadır.

Mekanik ventilatörün sonlandırılması: Mekanik ventilasyonun hastaya yarardan çok zarar sağladığı, hastanın gereksinimlerinin tam sağlanmadığı durumlarda sağlık bakım vericileri tarafından işlemin sonlandırılmasına ilişkin tartışmaların başlatıldığı süreçtir. Çoğu zaman bu süreç ileri direktifler doğrultusunda işlenmektedir. İleri direktiflerin olmadığı durumlarda ya da hasta karar verme sürecinde yeterli kapasiteye sahip değilse hasta vekilleri ve sağlık bakım ekibi ile ortak karar verilmektedir.

Karar verme süreci oldukça uzun ve duygusal bir sürece dönüşebilmektedir. Restoratif ve tedavi edici bütün girişimler ile bakımın amacına ulaşım ulaşılmadığına karar verebilmek için sürekli girişimler ve hasta değerlendirilmelidir. Bu süreç içerisinde hasta ve hasta yakınlarına durum hakkında sürekli bilgi vermek, hasta ve ailesine yapılan bütün girişimlerin daha fazla yararının olmayacağı hususunun anlatılmasında yardımcı olmaktadır.

Karar verme sürecinin bir parçası olan hasta ve ailesinin düşüncelerinin alınması da önemli yer tutmaktadır. Bu düşüncelerde hasta ve ailenin kültürel ve spiritüel yönlerinin farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları hasta amaç ve değerlerini göz önünde bulundurarak bütün tıbbi girişimleri uygun bir dil ile paylaşmalıdır.

Mekanik vantilatörden çekilme kararı verildiğinde ne zaman ve nasıl olacağı belirlenmiş olmalıdır. Karar verildiğinde hasta yakınları bu işlemde sonra hastanın ne kadar daha nefes alabileceğine dair öngörülen süre hakkında bilgilendirilmiş olmalıdır.

Tablo-1. İleri Direktif Formu (POLTS).

		Hastanın/Vekilin Adı:	
		Hastanın/Vekilin Soyadı:	
		Hastanın/Vekilin Doğum Tarihi:	
BÖLÜM A	RESÜSİTASYON: Hastada nabız ya da solunum yok. <input type="checkbox"/> Resüsite et <input type="checkbox"/> Resüsitasyon yapma (DNR) Kardiyopulmoner arrest olmadığında, B,C ve D'ye geçiniz.		
BÖLÜM B	TIBBİ GİRİŞİMLER: Hastada nabız ya da solunum var. <input type="checkbox"/> Konforun sağlanması: Hasta onurlu, saygılı bir şekilde tedavi edilir. Ağızdan beslemede önlemler alınır ve ağrı, hijyene dikkat edilir. Tedavi, pozisyon verme, yara bakımı ve ağrıyı azaltmak için diğer önlemler alınır. Oksijen, aspirasyon ve havayolu tıkanmalarının manuel tedavisi uygulanabilir. Hastaların yaşadıkları yerlerde bu önlemler alınır. Konfor göstergeleri yeterli olduğunda hastanın hastane yatışına gerek yoktur. <input type="checkbox"/> Sınırlı ek girişimler: Aşağıdaki girişimleri içerir. Kardiyak monitörizasyon, oral/IV tedavi. Hastaneye transfer fakat endotrakeal entübasyon ve uzun süreli yaşam desteği yok. Genellikle yoğun bakımın değil <input type="checkbox"/> Tüm tedaviler: Yukarıdaki bakıma ek olarak endotrakeal entübasyon ve kardiyoversiyon. Diğer direktifler.....		
BÖLÜM C	ANTİBİYOTİKLER: Konforun sağlanması <input type="checkbox"/> Antibiyotik yok <input type="checkbox"/> Antibiyotikler var Diğer direktifler.....		
BÖLÜM D	BESLENME VE HİDRASYON <input type="checkbox"/> Beslenme tüpü/IV sıvı yok <input type="checkbox"/> Beslenme tüpü/IV sıvılarının denemesi <input type="checkbox"/> Uzun süreli tüple besleme/IV sıvı Diğer direktifler.....		
BÖLÜM E	Görüşülenler /(Bilgi verilenler) <input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Hasta ebeveyni <input type="checkbox"/> Sağlık bakım temsilcisi /vekil <input type="checkbox"/> Yasal varis <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Diğer:		Tıbbi durumun özeti:
	Hekim/hemşire adı: Hekim/hemşire telefon numarası		Tarih: Hekim/hemşire imzası
BÖLÜM F	POLST formun tekrar incelenmesi		
	Tarih	İnceleyen	İnceleme Yeri
			İnceleme Sonuçları <input type="checkbox"/> Değişiklik yok <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form dolduruldu <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form yok <input type="checkbox"/> Değişiklik yok <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form dolduruldu <input type="checkbox"/> Form iptal, yeni form yok

Yararsızlık (Futility)

Hastaya uygulanan girişimlerin yarar-zarar oranlarının değerlendirildiği süreçtir (13,15). Bu süreçte hastanın kademeli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Kademeli değerlendirme; yanlış anlaşılma, kişisel faktörler, kültürel farklılıklar ve değer farklılıklarını içermektedir (15). Yararsızlık temelde medikal bir kavramdır ve gerçeklere dayanmaktadır (15). Bununla birlikte yaşam şansının az olması yararsızlık ile eş anlamlı değildir.

Yararsızlık genellikle hekimin herhangi bir girişimin hastaya bakımının bir parçası olarak yarar sağlayacağına inanmadığı zaman veya hasta ya da aileleri tarafından hastaya yapılması istenen bir girişimin hekim tarafından kabul edilmemesi temelinde ortaya çıkmaktadır. Bu uyuşmazlıklar sıklıkla hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon, mekanik ventilasyon ve diyaliz uygulaması konularında ortaya çıkmaktadır (15).

Wolf ve ark. (16), yararsızlıktan; hekimlerin hastaları ile konuşması için gerekli olan ve hastaları rahatlatmak için

iyi bir araç olarak ifade etmişlerdir. Hasta ile iletişim kurulurken kişisel farklılıklar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Bu süreçte yönelik olarak aşağıdaki yollar izlenebilir.

1. Hasta, aile ve sağlık profesyonellerinin karşılıklı olarak tatmin edici sonuçlara ulaşması için girişimlerde bulun!
2. Diğer profesyonellere danış!
3. Etik değerleri göz önünde bulundur!
4. Eğer daha uygun bir kurum veya doktor varsa hastayı transfer et!

Kardiyopulmoner Resüsitasyon

Hastanın hastaneye girişi sırasında kardiyopulmoner resüsitasyonla (KPR) ilişkili isteğinin anlaşılması önemlidir. KPR'nin uygulanmaması, "Do Not Resuscitate" (DNR) olarak ifade edilmektedir (17,18). Bireyin değerlendirilmesi sonucunda uygulamanın bireye yararı ve zararı tartışılarak karar verilmektedir. Bireyin resüsitasyon konusunda iyi bir şekilde bilgilendirilmesi ile ileri

direktiflerde DNR isteyip istemediğini belirtmesi bu bağlamda önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları hasta ile DNR hakkında konuşurken KPR'nin başarı şansı hakkında bilgi vermelidir. KPR hakkında bilgi sahibi olmak hastaların bu yöndeki kararını etkilemektedir.

İleri direktif formlarında DNR talimatlarının olması hastaların özerk hareketlerini kolaylaştırarak hastaların kendi tedavi tercihlerini, yaşam uzatıcı tedavilerin uygulanması durumunda ve bu kararları verme yetisine sahip olmaları koşulu ile belirtmelerine imkan sağlar (17). KPR'nin yapılması veya yapılmaması konusunda hastaların bu kararı alması hem hekimler hem de diğer kişiler (aile, yakın, arkadaş vb.) tarafından kabul gören bir düşüncedir. Beddell ve Debanco'nun yaptığı çalışmada DNR talimatı ile yatan hastaların sadece %20'si resüsitasyon tercihlerini DNR talimatı öncesi hekimleri ile konuşmuştur. Sağlık çalışanlarında olduğu gibi hastaların da büyük bir kısmı DNR kararlarını tartışmak istememektedir (19). Bunun en önemli nedeni kültürel farklılıklar ve hastanın DNR konusunun konuşulmasından zarar göreceği, hastalarda ciddi anksiyete ve umutsuzluğa neden olacağı kaygısıdır.

Amerikan Tıp Birliği tarafından DNR talimatlarının uygun kullanımı için hazırlanan rehberde hekimlerin etik açıdan hasta veya vekil tarafından belirtilen tercihlere uymak zorunda oldukları belirtilmektedir (17).

1. Beslenme ve Hidrasyon

Beslenme ve hidrasyonun kesilmesi de etik konular içerisinde yer almaktadır. Birey ileri direktiflerinde beslenmesinin kesilmesini istemişse beslenme yasal olarak kesilebilmektedir.

Terminal dehidratasyon: Dehidratasyon terminal dönemdeki hastalar için en önemli problemlerden birisidir. Hastanın rehidrate edilmesi etik ve psikolojik alanda tartışmalı konulara neden olmaktadır.

Terminal dönemdeki hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada rehidratasyonun etkileri şu şekilde sıralanabilmektedir.

Hidrasyonu destekleyen görüşler:

- Hastanın yeniden rehidrate edilmesi terminal dönemde yararlı bir uygulamadır.
- Hastanın rehidrate edilmesi terminal dönemde görülen deliryumun şiddetini azaltmaktadır.
- Literatür bilgilerinde yer almamasına rağmen rehidratasyon hastalığın iyilik halini uzatabilir.
- Rehidratasyon minimal bakım sağlayarak hastaya yardımcı olur.
- Parenteral rehidrasyonun durdurulması veya azaltılması bazı palyatif tedavilerin durdurulmasına yol açabilmektedir.

Hidrasyona Karşı Olan Görüşler;

- Dehidratasyonu takiben ortaya çıkan koma durumunda hastalık semptomları zayıflatılır.
- Dehidratasyon gastrointestinal ve bronşiyal sekresyonların azalmasına neden olarak bulantı ve kusmayı azaltabilir.
- Dehidratasyon asit ve ödem insidansını azaltır.
- Aşırı miktarda parenteral hidrasyon yaşam kalitesini ve ölüm sürecini kötüleştirebilir.

Antibiyotik Kullanımı

Antibiyotik kullanımı yaşamı sürdürmek için yapılan girişimler arasında sayılabilir.

İleri Direktiflerin Hukuksal Boyutu

Dünya'da 1990 yılı öncesi dönemde KPR uygulamalarının sınırlandırılmasının mesleki bir hata olduğu düşünülürken 1990'dan sonra başlayan dönemde Amerika Birleşik Devletleri Senatosu tarafından hastaların kendi adlarına uygulanacak tedaviler için kendilerinin karar vermesine yönelik bir kanun yayınlanmıştır. Aralık 1991 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bu kanunda bireylerin "tıbbi tedaviyi reddetme ve detaylı tercihlerini formüle etme" hakkı olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak sağlık kurumlarının ileri direktifleri içeren yazılı belgeleri kayıtlara geçirmeleri gerektiği belirtilmiştir.

Ülkemizde DNR veya resüsitasyonun sınırlandırılması yasal süreçlerde yer almamasına karşın tedaviyi reddetme hakkına yönelik bazı haklar mevcuttur. Buna yönelik ilk ilke otonomidir (17). Bireyin kendi değer ve önceliklerine göre vücuduna veya sağlığına yapılacak müdahaleleri belirleme hakkına sahip olması demektir. Bu ilkeye göre tıbbi müdahalenin ön şartı hastanın bilinçli rızasıdır; hasta yaşamını sürdürücü tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. Maddesi'nde "Hasta tedaviyi reddetme ya da durdurulmasını isteme hakkına sahiptir." maddesi yer almaktadır (20).

Öte yandan DNR uygulanmasına yönelik Türk Ceza Kanunu'nda özel bir hüküm yoktur. Bununla birlikte ötenazi ve pasif ötenazi konusuna yönelik hükümler vardır, örneğin Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 13'te ötanazinin yasak olduğu belirtilmiştir (20).

Sonuç olarak; Türkiye dışındaki ülkelerde ileri direktifler ve özellikle DNR uygulamalarına yönelik kanunların olması nedeni ile daha kolay ve belirsizlikten uzak olarak hareket edilebilmektedir. Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında bu konuda belirli bir yönetmeliğin olmadığı görülmektedir. Bu önemli uygulamalar, sağlık profesyonelleri ve hukukçular tarafından çok yönlü olarak ele alınmalı ve toplumumuzun kendi değerleri ve kültürel yapısı göz önüne alınarak yasal düzenlemeler ve etik ilkeler belirlenmelidir.

Kaynaklar

1. Emanuel L, Barry MJ, Stoeckle JD, Ettelson LM, Emanuel EJ. Advance directive for medical care—a case for greater use. *N Eng J Med* 1991;324(13):889-95.
2. Emanuel LL, Danis M, Periman RA, Singer PA. Advance care planning as a process: Structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(4):440-6.
3. Mitty EL. Advance directive. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D (eds). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2012:579-99.
4. Stetler KL, Elliott BA, Bruno CA. Living will completion in older adults. *Arch Intern Med* 1992;152(5):954-99.
5. Vezzoni C, Maratti S. Treatment directives in Netherland: The gap between legal regulation and medical practice. In: Negri S, (ed). *Self-Determination, Dignity and End-of-Life Care*. Netherland: Koninklijke Brill NV; 2011:287-98.
6. Urbanyi M, Molloy DW, Lever AL. Health Care directive for elderly. *Can Fam Physician* 1992;38:2357-61.
7. Moore CD. Advanced care planing and end- of-life decision making. Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P (eds). *Palliative & End-of-Life Care*. 2nd ed. St. Louis: Saunders; 2005:49-61.
8. Laakkonen MS. Advanced care planning elderly "patients' preferences and practices in long-term care. NSW Health Clinical Services Redesign Program. PhD Thesis 2005: ISBN 952-10-2344-9. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/laakkonen/advanvec.pdf> (accessed on December 2013).
9. Molloy DW, Guyatt GH, Alemayehu E, et al. Factor's affecting physicians' decisions on caring for an incompenet elderly patient: An interational study. *Can Med Assoc J* 1991;145(8):947-52.
10. Molloy DW, Guyatt GH, Alemayehu E, Mcllroy WE. Treatment prereferences, attitudes towards advance directives and concerns about healt care. *Humane Med* 1991;7(4):285-90.
11. Taylor C. Advanced directive. In: Kuebler KK, Esper P (eds). *Palliative Care Practice From A-Z*. Pittsburgh: ONS Publishing; 2002:1-7.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence Based Practice in Nursing & Health Care*. Philadelphia: Lippincott; 2005:262-75.
13. Coveney A. Ethical issues surronding advanced directive. In: Kuebler KK, Heidrich DE, Esper P (eds). *Palliative & End-of-life Care*. 2nd ed. St Louis: Saunders; 2005:63-74.
14. Bravo G, Dubois MF, Wagneur B. Assessing the effectiveness of interventions to promote advance directives among older adults: A systematic review and multi-level analysis. *Soc Sci Med* 2008;67(7):1122-32.
15. Bolaman Z. Kök hücre nakli sonrası terminal dönem hasta bakımı. *Türk Hematoloji Derneği, Kan ve Kemik İliği Transplantasyonu Kursu*. 2005. <http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/kokhucrenaklisonrasiterminaldonemhastabakimi.pdf> (Erişim tarihi Eylül 20123).
16. Wolf SM. Conflict between doctor and patient. *Law Med Health Care* 1988;16(3-4):197-203.
17. Sert H, Gözdemir M, Işık B. Kardiyopulmoner canlandırma yapılmaması etik mi? *Yeni Tıp Dergisi* 2007;24(2):85-9.
18. Guidelines for appropriate use of do-not-resuscitate orders. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1991;265(14):1868-71.
19. Bedell SE, Delbanco TL. Choices about CPR in the hospital—when do physician talk with patients? *N Eng J Med* 1984;310(17):1089-93.
20. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.

Sayın Editör,

Öncelikle “*Geriatride İleri Direktifler*” başlıklı makalemiz (1) ile ilgili düzeltme ve önerilerini ileten Dr. Çağatay Üstün’e teşekkür ederiz (2). Yayının yazım aşamasında dikkatimizden kaçan ve hatalı olarak metinde yer alan, ancak metnin bilimsel ve aktarılması amaçlanan içeriğini bozmayan, yazarların metinlerindeki birinci ve ikinci maddede yer alan düzeltme önerilerine katıldığımızı belirtmek isteriz. Yazarlara öneriler için de teşekkür ederiz.

Yukarıda belirttiğimiz şekilde bilimsel içeriği ve konunun anlamını bozmayan düzeltmelerin yazarların belirttiği gibi uzun bir editöre not yerine, editöryal bölümde sizin tarafınızdan düzeltme olarak yayınlanmasının ve düzeltme önerisi nedeniyle ilgili kişilere teşekkür edilmesinin daha uygun olacağı düşüncesindeyiz.

Düzeltilme metni olarak yayınlanmasını önerdiğimiz metin aşağıdadır:

Ege Tıp Dergisi’nin Geriatri Ek Sayısı’nda (Nisan 2014, Cilt:53, sayfa:46-52) yayınlanan “*Geriatride İleri Direktifler*” başlıklı makalede aşağıda yer alan düzeltmelerin yapılması uygun görülmüştür. Önerileri nedeniyle Dr. Çağatay Üstün’e teşekkür ederiz.

1. Metinde “Amerika Birleşik Devletleri Anayasa Mahkemesi’nce kabul edilmiş kanun” ibaresi “Amerika Birleşik Devletleri Senatosu’nca kabul edilmiş kanun” şeklinde düzeltilmiştir.

2. Metinde “TCK 13. ve 25 Maddeleri” olarak yer alan ibare, “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. ve 25. Maddeleri” olarak düzeltilmiştir. İlgili 20 numaralı kaynak da “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni tanımlayacak şekilde düzeltilmiştir.

Teşekkür ederiz.

Fisun Şenuzun Aykar

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Bornova, İzmir

Kaynaklar

1. Ege Tıp Dergisi 2014;53(Ek Sayı):46-52.
2. Ege Tıp Dergisi 2015;54(Ek sayı):74-5.

Misafir Editörün Görüşü

Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2015: 54; Ek/Supplement sayıda sayfa: 73-74’te Çağatay Üstün ve Nuray Demirci tarafından yayınlanan “Editör’e Mektup: İki Düzeltme ve İki Öneri” isimli makaleye ilgili yazardan gelen yukarıdaki yanıt incelenmiştir. Önerilen düzeltmeler doğrultusunda ilgili makalenin yeniden düzenlenmesi ve Ege Tıp Dergisi/Ege Journal of Medicine 2015: 54; Ek/Supplement sayıyı izleyen ilk sayı olarak bu sayıda “Düzeltilme/Erratum” olarak yayınlanması uygun bulunmuştur.

Ege Tıp Dergisi Ek Sayı’da çıkan makalelerin okuyucu tarafından titizlikle takip edilmesi ve dikkati çeken hataların düzeltilmesine yönelik yine aynı titizlikle önerilerde bulunması, diğer taraftan dergide yayınlanmış olan makalelerin yazarlarının yapılan eleştirileri açık yüreklilikle kabul edip ilgili düzeltmeleri yapması memnuniyet vericidir. Bu tür uygulamalar, Ege Tıp Dergisi Ek Sayısı’nın bilimsel içeriğinin zenginleşmesine ve yayın etiği açısından da daha ideal hale gelmesine katkı sağlayacaktır.

Ege Tıp Dergisi Ek Sayısı’na değerli katkılarından ötürü “Editöre Mektup” yazarları Çağatay Üstün ve Nuray Demirci’ye ve “Editöre Mektuba Yanıt” ve “Düzeltilme” makalelerinin yazarları Çiçek Fadiloğlu ve Fisun Şenuzun Aykar’a teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Sibel Ülker Göksel

Ege Tıp Dergisi Ek Sayısı Misafir Editörü

YAZARLARA BİLGİ

AMAÇ ve KAPSAM

Ege Tıp Dergisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yayın organı olup, üç ayda bir yayımlanır ve dört sayı ile bir cilt tamamlanır. Dergi; tüm tıp alanlarıyla ilgili nitelikli klinik ve deneysel araştırmaları, olgu sunumlarını ve editöre mektupları yayımlar.

Ege Tıp Dergisi, bilimsel yayınlara açık erişim sağlar. Dergi basımından hemen sonra, makalelerin tam metinlerine ücretsiz ulaşılabilir. Yazarlardan makale yayımı için herhangi bir ücret talep edilmez.

Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Daha önce kongrelerde sunulmuş çalışmalar, bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir. Makale, yazar(lar)ın daha önce yayımladığı bir yazısındaki konuların bir kısmını içeriyorsa bu durum belirtilmeli ve yeni yazı ile birlikte önceki makalenin bir kopyası da Yayın Bürosu'na gönderilmelidir.

Gönderilen yazılar; Editör, Editör Yardımcısı ya da Yayın Kurulu Üyesi tarafından incelenir. Editör, Editör Yardımcısı ya da Yayın Kurulu Üyesi, yayın koşullarına uymayan yazıları yayımlanmamak, düzeltmek üzere yazar(lar)a geri göndermek, biçimce düzenlemek veya reddetmek yetkisine sahiptir. Editör, Editör Yardımcısı ya da Yayın Kurulu Üyesi, uygun gördüğü yazıyı incelemek üzere danışman(lar)a gönderir. Gerekli olduğu durumlarda, yazar(lar)dan düzeltme istenebilir. Yazardan düzeltme istenmesi, yazının yayımlanacağı anlamına gelmez. Bu düzeltmelerin en geç 21 gün içinde tamamlanıp dergiyeye gönderilmesi gereklidir. Aksi halde yeni başvuru olarak değerlendirilir. Sorumlu yazara yazının kabul veya reddedildiğine dair bilgi verilir.

Dergide yayımlanan yazıların etik, bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazar(lar)a ait olup Editör, Editör Yardımcısı ve Yayın Kurulu'nun görüşlerini yansıtmaz.

Dergide yayımlanması kabul edilse de edilmese de, yazı materyali yazarlara geri verilmez. Dergide yayımlanan yazılar için telif hakkı ödenmez. Bir adet dergi, sorumlu yazara gönderilir.

Derginin Yazı Dili

Derginin yazı dili Türkçe ve İngilizcedir. Dili Türkçe olan yazılar, İngilizce özetleri ile yer alır. Yazının hazırlanması sırasında, Türkçe kelimeler için Türk Dil Kurumundan (www.tdk.gov.tr), teknik terimler için Türk Tıp Terminolojisinden (www.tipterimleri.com) yararlanılabilir.

Yazarlık Kriterleri

Makalenin yayımlanması uygun bulunduktan sonra, tüm yazarlardan "Yayın Hakkı Devir Formu"nu imzalamaları istenir: "*Biz, aşağıda isimleri olan yazarlar, bu makalenin yazılması yanında, çalışmanın planlanması, yapılması ve verilerin analiz edilmesi aşamalarında da aktif olarak rol aldığımızı ve bu çalışma ile ilgili her türlü sorumluluğu kabul ettiğimizi beyan ederiz. Makalemiz geçerli bir çalışmadır. Hepimiz makalenin son halini gözden geçirdik ve yayımlanması için uygun bulduk. Ne bu makale ne de bu makaleye benzer içerikte başka bir çalışma hiçbir yerde yayımlanmadı veya yayımlanmak üzere gönderilmedi. Gerekmesi durumunda makale ile ilgili bütün verileri editörlere göndermeyi de garanti ediyoruz. Ege Tıp Dergisi'nin bu makaleyi değerlendirmesi ve yayınlaması durumunda, makale ile ilgili tüm telif haklarımızı Ege Tıp Dergisi'ne devrettiğimizi beyan ve kabul ederiz. Yazarlar olarak, telif hakkı ihlali nedeniyle üçüncü şahıslarca istenecek hak talebi veya açılacak davalarda Ege Tıp Dergisi Editör, Editör Yardımcıları ve Yayın Kurulu'nun hiçbir sorumluluğunun olmadığını yazarlar olarak taahhüt ederiz. Ayrıca, makalede hiçbir suç unsuru veya kanuna aykırı ifade bulunmadığını, araştırma yapılırken kanuna aykırı herhangi bir malzeme ve yöntem kullanılmadığını,*

çalışma ile ilgili tüm yasal izinleri aldığımızı ve etik kurallara uygun hareket ettiğimizi taahhüt ederiz."

Ege Tıp Dergisi, Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Kurulu'nun (*International Committee of Medical Journal Editors*) "Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makalelerin Uyması Gereken Standartlar: Biyomedikal Yayınların Yazımı ve Baskıya Hazırlanması (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*)" standartlarını kullanmayı kabul etmektedir. "Ege Tıp Dergisi Yazarlara Bilgi" içeriği, bu sürümden yararlanarak hazırlanmıştır. Bu konudaki bilgiye www.icmje.org adresinden ulaşılabilir.

Etik Sorumluluk

Ege Tıp Dergisi, etik ve bilimsel standartlara uygun makaleleri yayımlar. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm prospektif çalışmalar için, çalışmanın yapıldığı kurumdan Etik Kurul onayı alınmalı ve yazının içinde belirtilmelidir. Olgu sunumlarında; etik ve yasal kurallar gereği, hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir. Hastaların kimliğini tanımlayıcı bilgiler ve fotoğraflar, hastanın (ya da yasal vasisinin) yazılı bilgilendirilmiş onamı olmadan başlamadığından, "*Hastadan (ya da yasal vasisinden) tıbbi verilerinin yayımlanabileceğine ilişkin yazılı onam belgesi alındı*" cümlesi, makale metninde yer almalıdır.

Ege Tıp Dergisi, deney hayvanları ile yapılan çalışmalarda, genel kabul gören ilgili etik kurallara uyulması zorunluluğunu hatırlatır. Alınmış Etik Kurul Onayı, makale ile birlikte sisteme yüklenmelidir.

Yazar(lar), ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum varlığında; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma vb. ile nasıl bir ilişkisi olduğunu sunum sayfasında Editöre bildirilmelidir. Böyle bir durumun yokluğu da yine ayrı bir sayfada belirtilmelidir.

YAZI TÜRLERİ

Yazılar, elektronik ortamda www.egetipdergisi.com.tr adresine gönderilir.

Orijinal makaleler, 3000 sözcük sayısını aşmamalı, "Öz (250 sözcükten fazla olmamalı), Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç, Kaynaklar" bölümlerinden oluşmalıdır.

Olgu Sunumu, "Öz, Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar" şeklinde düzenlenmelidir. En fazla 1000 sözcük ve 10 kaynak ile sınırlıdır. Sadece bir tablo ya da bir şekil ile desteklenebilir.

Editöre Mektup, yayımlanan metinlerle veya mesleki konularla ilgili olarak 500 sözcüğü aşmayan ve beş kaynak ile bir tablo veya şekil içerecek şekilde yazılabilir. Ayrıca daha önce dergide yayınlanmış metinlerle ilişkili mektuplara cevap hakkı verilir.

Yayın Kurulu'nun daveti üzerine yazılanlar dışında *derleme* kabul edilmez.

MAKALENİN HAZIRLANMASI

Dergide yayımlanması istenilen yazı için aşağıdaki kurallara uyulmalıdır.

- Yazı; iki satır aralıklı olarak, Arial 10 punto ile yazılmalıdır.
- Sayfalar başlık sayfasından başlamak üzere, sağ üst köşesinde numaralandırılmalıdır.
- Online makale sistemine yüklenen *word* dosyasının başlık sayfasında (makalenin adını içeren başlık sayfası), yazarlara ait isim ve kurum bilgileri yer almamalıdır.
- Makale, şu bölümleri içermelidir: Her biri ayrı sayfada yazılmak üzere; Türkçe ve İngilizce Başlık Sayfası, Öz, Abstract, Anahtar Sözcükler, *Keywords*, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç, Açıklamalar (varsa), Kaynaklar, Şekil Alt Yazıları, Tablolar (başlıkları ve açıklamalarıyla beraber), Ekler (varsa).

Yazının Başlığı

Kısa, kolay anlaşılır ve yazının içeriğini tanımlar özellikle olmalıdır.

Özetler

Türkçe (Öz) ve İngilizce (*Abstract*) olarak yazılmalı, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç (*Aim, Materials and Methods, Results, Conclusion*) olmak üzere dört bölüme ayrılmalı, en fazla 250 sözcük içermelidir. Araştırmanın amacı, yapılan işlemler, gözlemsel ve analitik yöntemler, temel bulgular ve ana sonuçlar belirtilmelidir. Özetle kaynak kullanılmamalıdır. Editöre mektup için özet gerekmemektedir.

Anahtar Sözcükler

Türkçe Öz ve İngilizce *Abstract* bölümünün sonunda, Anahtar Sözcükler ve *Keywords* başlığı altında, bilimsel yazının ana başlıklarını yakalayan, *Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)*'e uygun olarak yazılmış en fazla beş anahtar sözcük olmalıdır. Anahtar sözcüklerin, Türkiye Bilim Terimleri'nden (www.bilimterimleri.com) seçilmesine özen gösterilmelidir.

Metin

Yazı metni, yazının türüne göre yukarıda tanımlanan bölümlerden oluşmalıdır. Uygulanan istatistiksel yöntem, Gereç ve Yöntem bölümünde belirtilmelidir.

Kaynaklar

Ege Tıp Dergisi, Türkçe kaynaklardan yararlanmaya özel önem verdiğini belirtir ve yazarların bu konuda duyarlı olmasını bekler.

Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla, cümle içinde atıfta bulunulan ad veya özelliği belirten kelimenin hemen bittiği yerde, ya da cümle bitiminde noktadan önce parantez içinde Arabik rakamlarla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve şekil alt yazılarında kaynaklar, parantez içinde Arabik numaralarla nitelendirilir. Sadece tablo veya şekil alt yazılarında kullanılan kaynaklar, tablo ya da şeklin metindeki ilk yer aldığı sıraya uygun olarak numaralandırılmalıdır. Dergi başlıkları, *Index Medicus*'ta kullanılan tarza uygun olarak kısaltılmalıdır. Kısaltılmış yazar ve dergi adlarından sonra nokta olmamalıdır. Yazar sayısı altı veya daha az olan kaynaklarda tüm yazarların adı yazılmalı, yedi veya daha fazla olan kaynaklarda ise üç yazar adından sonra *et al.* veya *ark.* yazılmalıdır. Kaynak gösterilen derginin sayı ve cilt numarası mutlaka yazılmalıdır.

Kaynaklar, yazının alındığı dilde ve aşağıdaki örneklerde görüldüğü şekilde düzenlenmelidir.

Dergilerdeki yazılar

Tkacova R, Toth S, Sin DD. Inhaled corticosteroids and survival in COPD patients receiving long-term home oxygen therapy. *Respir Med* 2006;100(3):385-92.

Ek sayı (Supplement)

Solca M. Acute pain management: Unmet needs and new advances in pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2002;19(Suppl 25):3-10.

Henüz yayınlanmamış online makale

Butterly SJ, Pillans P, Horn B, Miles R, Sturtevant J. Off-label use of rituximab in a tertiary Queensland hospital. *Intern Med J* doi: 10.1111/j.1445-5994.2009.01988.x

Kitap

Bilgehan H. Klinik Mikrobiyoloji. 2. Baskı. İzmir: Bilgehan Basımevi; 1986:137-40.

Kitap bölümü

McEwen WK, Goodner IK. Secretion of tears and blinking. In: Davson H (ed). *The Eye*. Vol. 3, 2nd ed. New York: Academic Press; 1969:34-78.

İnternet makalesi

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet] 2002 [cited 12 Aug 2002]. Available from: www.nursingworld.org/AJN/2002/june/wawatch.htm

Web Sitesi

Cancer-pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [updated 16 May 2002; cited 9 July 2002]. Available from: www.cancer-pain.org

Açıklamalar

Varsa finansal kaynaklar, katkı sağlayan kurum, kuruluş ve kişiler bu bölümde belirtilmelidir.

Tablolar

Tablolar metni tamamlayıcı olmalı, metin içerisinde tekrarlanan bilgiler içermemelidir. Metinde yer alma sıralarına göre Arabik sayılarla numaralandırılıp tablonun üstüne kısa ve açıklayıcı bir başlık yazılmalıdır. Tabloda yer alan kısaltmalar, tablonun hemen altında açıklanmalıdır. Dipnotlarda sırasıyla şu semboller kullanılabilir: *, †, ‡, §, ¶.

Şekiller

Şekil, resim, grafik ve fotoğrafların tümü "Şekil" olarak adlandırılmalı ve ayrı birer *.jpg* veya *.gif* dosyası olarak (yaklaşık 500x400 piksel, 8 cm eninde ve 300 dpi çözünürlükte) sisteme eklenmelidir. Şekiller metin içinde kullanım sıralarına göre Arabik rakamla numaralandırılmalı ve metinde parantez içinde gösterilmelidir.

Şekil Alt Yazıları

Şekil alt yazıları, her biri ayrı bir sayfadan başlayarak, şekillere karşılık gelen Arabik rakamlarla çift aralıklı olarak yazılmalıdır. Şeklin belirli bölümlerini işaret eden sembol, ok veya harfler kullanıldığında bunlar alt yazıda açıklanmalıdır. Başka yerde yayınlanmış olan şekiller kullanıldığında, yazarın bu konuda izin almış olması ve bunu belgelemesi gerekir.

Ölçümler ve Kısaltmalar

Tüm ölçümler metrik sisteme (Uluslararası Birimler Sistemi, SI) göre yazılmalıdır. Örnek: mg/kg, µg/kg, mL, mL/kg, mL/kg/h, mL/kg/min, L/min, mmHg, vb. Ölçümler ve istatistiksel veriler, cümle başında olmadıkları sürece rakamla belirtilmelidir. Herhangi bir birimi ifade etmeyen ve dokuzdan küçük sayılar yazı ile yazılmalıdır.

Metin içindeki kısaltmalar, ilk kullanıldıkları yerde parantez içinde açıklanmalıdır. Bazı sık kullanılan kısaltmalar; *iv*, *im*, *po* ve *sc* şeklinde yazılabilir.

İlaçların yazımında jenerik isimleri kullanılmalıdır.

İletişim

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu
Bornova 35100-İZMİR

Tel : 0 232 3903103 / 232 3903186
Faks : 0 232 3422142
E-posta : editor@egetipdergisi.com.tr
Web adresi : www.egetipdergisi.com.tr

Kontrol Listesi

- Türkçe ve İngilizce başlık
- Türkçe ve İngilizce özet
- Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler (En fazla 5 sözcük)
- İki satır aralıklı yazılmış metin (Arial, 10 punto)
- Kurallara uygun hazırlanmış tablo ve şekiller
- Kurallara uygun yazılmış kaynaklar
- İmzalı "Yayın Hakkı Devir Formu" (makale yayın için kabul edildikten sonra istenmektedir)

INFORMATION FOR AUTHORS

AIMS AND SCOPE

Ege Journal of Medicine is the official journal of Ege University Faculty of Medicine with four issues published quarterly. Its purpose is to publish high-quality original clinical and experimental studies, case reports and letters to the editor.

Ege Journal of Medicine provides open access for academic publications. The journal provides free access to the full texts of all articles immediately upon publication. The journal does not request any charges for article processing or article submission. There is no charge for readers to download articles, case reports and reviews for their own scholarly use. The journal is free to all at any time. To provide this the journal relies on financial resources of Ege University, the voluntary work of its editorial team and advisory board, and the continuing support of its network of peer reviewers.

The Journal will not consider manuscripts any that have been published elsewhere, or manuscripts that are being considered for another publication, or are in press. Studies previously announced in the congresses are accepted if this condition is stated. If any part of a manuscript by the same author(s) contains any information that was previously published, a reprint or a copy of the previous article should be submitted to the Editorial Office with an explanation by the authors.

All manuscripts are reviewed by the Editor, Associate Editor or a member of the Editorial Board. The Editor, Associate Editor and the member of the Editorial Board have right not to publish or send back to author(s) to be amended, edit or reject the manuscript. For further review, the Associate Editor or Editorial Board member sends the article to the referee(s). If necessary, author(s) may be invited to submit a revised version of the manuscript. This invitation does not imply that the manuscript will be accepted for publication. Revised manuscripts must be sent to the Editorial Office within 21 days, otherwise they will be considered as a new application. The corresponding author will be notified of the decision to accept or reject the manuscript for publication.

Statements and suggestions published in manuscripts are the authors' responsibility and do not reflect the opinions of the Editor, Associate Editors and the Editorial Board members.

The manuscript will not be returned to the authors whether the article is accepted or not. Copyright fee is not paid for the articles published in the journal. A copy of the journal will be sent to the corresponding author.

Language of the Journal

The official languages of the Journal are Turkish and English. The manuscripts that are written in Turkish have abstracts in English, which makes the abstracts available to a broader audience.

Authorship Criteria

After accepted for publication, all the authors will be asked to sign "Copyright Transfer Form" which states the following: "*We, all the authors certify that, we have all participated sufficiently in the conception and design of this work and the analysis of data, as well as the writing of the manuscript to take public responsibility for it. We declare that the manuscript represents valid work. We have all reviewed the final version of the manuscript and approve it for publication. Neither this manuscript nor one with substantially similar content under our authorship has been published or being considered for publication elsewhere. Furthermore, we declare that we will produce the data upon which the manuscript is based for examination by the editors or associates if requested. In consideration of the action of Ege Journal of Medicine in reviewing and editing this submission (manuscript, tables and*

figures) all copyright ownership is hereby transferred, assigned or otherwise conveyed to Ege Journal of Medicine, in the event that such work is published by Ege Journal of Medicine. We also warrant that Editor, Associate Editors and the Editorial Board members of Ege Journal of Medicine will not be held liable against all copyright claims of any third party or in lawsuits that may be filed in the future. We acknowledge that the article contains no libellous or unlawful statements, we did not use any unlawful method or material during the research, we obtained all legal permissions pertaining to the research, and we adhered to ethical principles during the research."

Ege Journal of Medicine has agreed to use the standards of the International Committee of Medical Journal Editors. The author(s) should meet the criteria for authorship according to the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. It is available at www.icmje.org.

Ethical Responsibility

Ege Journal of Medicine publishes papers conforming ethical and scientific standards. It is the authors' responsibility to ensure compliance to ethical rules. For all prospective studies, Ethics Committee approval should be obtained from the local institution and it should be stated in the manuscript. In case reports, according to ethical and legal rules, special attention is required to protect patient's anonymity. Identifying information and photographs cannot be printed unless disclosure is allowed by a written consent of the patient (or his/her legal custodian). Case reports should include a statement such as: "*Written informed consent was obtained from the patient (or from his/her legal custodian) for publishing the individual medical records.*"

Any experiments involving animals must include a statement in the Materials and Methods section giving assurance that all animals have received humane care in compliance with the *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals* (www.nap.edu/catalog/5140.html) and indicating approval by the local institutional Ethics Committee.

Note also that for publishing purposes, the Journal requires acknowledgement of any potential conflicts of interest. This should involve acknowledgement of grants and other sources of funds that support reported research and a declaration of any relevant industrial links or affiliations that the authors may have.

TYPES OF MANUSCRIPT

Manuscripts should be submitted online via the journal's website: www.egetipdergisi.com.tr.

Original Articles should not exceed 3000 words and should be arranged under the headings of Abstract (not more than 250 words), Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.

Case Reports should not exceed 1000 words and 10 references, and should be arranged as follows: Abstract, Introduction, Case Report, Discussion and References. It may be accompanied by one figure or one table.

Letter to the Editor should not exceed 500 words. Short relevant comments on medical and scientific issues, particularly controversies, having no more than five references and one table or figure are encouraged. Where letters refer to an earlier published paper, authors will be offered right of reply.

Reviews are not accepted unless written on the invitation of the Publication Committee.

PREPARATION OF MANUSCRIPTS

All articles submitted to the Journal must comply with the following instructions:

a) Submissions should be doubled-spaced and typed in Arial 10 points.

b) All pages should be numbered consecutively in the top right-hand corner, beginning with the title page.

c) The title page should not include the names and institutions of the authors.

d) The manuscript should be presented in the following order: Title page, Abstract (English, Turkish), Keywords (English, Turkish), Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion, Acknowledgements (if present), References, Figure Legends, Tables (each table, complete with title and foot-notes, on a separate page) and Appendices (if present) presented each on a separate page.

Title

The title should be short, easy to understand and must define the contents of the article.

Abstract

Abstract should be in both English and Turkish and should consist "Aim, Materials and Methods, Results and Conclusion". The purpose of the study, the setting for the study, the subjects, the treatment or intervention, principal outcomes measured, the type of statistical analysis and the outcome of the study should be stated in this section (up to 250 words). Abstract should not include reference. No abstract is required for the letters to the Editor.

Keywords

Not more than five keywords in order of importance for indexing purposes should be supplied below the abstract and should be selected from Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH), available at www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html

Text

Authors should use subheadings to divide sections regarding the type of the manuscript as described above. Statistical methods used should be specified in the Materials and Methods section.

References

In the text, references should be cited using Arabic numerals in parenthesis in the order in which they appear. If cited only in tables or figure legends, they should be numbered according to the first identification of the table or figure in the text. Names of the journals should be abbreviated in the style used in Index Medicus. The names of all authors should be cited when there are six or fewer; when seven or more, the first three should be followed by *et al.* The issue and volume numbers of the referenced journal should be added.

References should be listed in the following form:

Journal article

Tkacova R, Toth S, Sin DD. Inhaled corticosteroids and survival in COPD patients receiving long-term home oxygen therapy. *Respir Med* 2006;100(3):385-92.

Supplement

Solca M. Acute pain management: Unmet needs and new advances in pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2002; 19(Suppl 25):3-10.

Online article not yet published in an issue

Butterly SJ, Pillans P, Horn B, Miles R, Sturtevant J. Off-label use of rituximab in a tertiary Queensland hospital. *Intern Med J* doi: 10.1111/j.1445-5994.2009.01988.x

Book

Kaufmann HE, Baron BA, McDonald MB, Waltman SR (eds). *The Cornea*. New York: Churchill Livingstone; 1988:115-20.

Chapter in a book

McEwen WK, Goodner IK. Secretion of tears and blinking. In: Davson H (ed). *The Eye*. Vol. 3, 2nd ed. New York: Academic Press; 1969:34-78.

Journal article on the Internet

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet] 2002 [cited 12 Aug 2002]. Available from: www.nursingworld.org/AJN/2002/june/wawatch.htm

Website

Cancer-pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources [updated 16 May 2002; cited 9 Jul 2002]. Available from: www.cancer-pain.org

Acknowledgements

The source of financial grants and the contribution of colleagues or institutions (if present) should be acknowledged.

Tables

Tables should be complementary, but not duplicate information contained in the text. Tables should be numbered consecutively in Arabic numbers, with a descriptive, self-explanatory title above the table. All abbreviations should be explained in a footnote. Footnotes should be designated by symbols in the following order: *, †, ‡, §, ¶.

Figures

All illustrations (including line drawings and photographs) are classified as figures. Figures must be added to the system as separate .jpg or .gif files (approximately 500x400 pixels, 8 cm in width and at 300 dpi resolution). Figures should be numbered consecutively in Arabic numbers and should be cited in parenthesis in consecutive order in the text.

Figure Legends

Legends should be self-explanatory and positioned on a separate page. The legend should incorporate definitions of any symbols used and all abbreviations and units of measurements should be explained. A letter should be provided stating copyright authorization if figures have been reproduced from another source.

Measurements and Abbreviations

All measurements must be given in metric system (*Système International d'Unités, SI*). Example: mg/kg, µg/kg, mL, mL/kg, mL/kg/h, mL/kg/min, L/min, mmHg, etc. Statistics and measurements should always be given in numerals, except where the number begins a sentence. When a number does not refer to a unit of measurement, it is spelt out, except where the number is greater than nine.

Abbreviations that are used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned. Some common abbreviations can be used, such as *iv, im, po, and sc*.

Drugs should be referred to by their generic names, rather than brand names.

Editorial Correspondence

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu
Bornova, 35100, Izmir, Turkey
Tel : +90 232 3903103 / 232 3903186
Fax : +90 232 3422142
E-mail : editor@egetipdergisi.com.tr
Website : www.egetipdergisi.com.tr

Checklist for Manuscripts

Review guide for authors and instructions for submitting manuscripts through the electronic submission, website at www.egetipdergisi.com.tr

EGE TIP DERGİSİ
YAYIN HAKKI DEVİR FORMU

Makalenin Başlığı:	
--------------------	--

Sorumlu yazarın;

Adı, soyadı:		
Adresi:		
Tel:	E-posta:	İmza:

Biz, aşağıda isimleri olan yazarlar, bu makalenin yazılması yanında, çalışmanın planlanması, yapılması ve verilerin analiz edilmesi aşamalarında da aktif olarak rol aldığımızı ve bu çalışma ile ilgili her türlü sorumluluğu kabul ettiğimizi beyan ederiz. Makalemiz geçerli bir çalışmadır. Hepimiz makalenin son halini gözden geçirdik ve yayınlanması için uygun bulduk. Ne bu makale ne de bu makaleye benzer içerikte başka bir çalışma hiçbir yerde yayınlanmadı veya yayınlanmak üzere gönderilmedi. Gerekmesi durumunda makale ile ilgili bütün verileri editörlere göndermeyi de garanti ediyoruz.

Ege Tıp Dergisi'nin bu makaleyi değerlendirmesi ve yayınlaması durumunda, makale ile ilgili tüm telif haklarımızı Ege Tıp Dergisi'ne devrettiğimizi beyan ve kabul ederiz.

Yazarlar olarak, telif hakkı ihlali nedeniyle üçüncü şahıslarca istenecek hak talebi veya açılacak davalarda Ege Tıp Dergisi Editör, Editör Yardımcıları ve Yayın Kurulu'nun hiçbir sorumluluğunun olmadığını yazarlar olarak taahhüt ederiz. Ayrıca, makalede hiçbir suç unsuru veya kanuna aykırı ifade bulunmadığını, araştırma yapılırken kanuna aykırı herhangi bir malzeme ve yöntem kullanılmadığını, çalışma ile ilgili tüm yasal izinleri aldığımızı ve etik kurallara uygun hareket ettiğimizi taahhüt ederiz.

	Yazar Adı, Soyadı	İmza	Tarih
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**EGE JOURNAL OF MEDICINE
COPYRIGHT TRANSFER FORM**

Title of Manuscript:	
----------------------	--

Corresponding author's;

Name, surname:		
Address:		
Tel.	E-mail:	Signature:

We all the authors certify that, we have all participated sufficiently in the conception and design of this work and the analysis of data, as well as the writing of the manuscript to take public responsibility for it. We declare that the manuscript represents valid work. We have all reviewed the final version of the manuscript and approve it for publication. Neither this manuscript nor one with substantially similar content under our authorship has been published or being considered for publication elsewhere. Furthermore, we declare that we will produce the data upon which the manuscript is based for examination by the editors or associates if requested.

In consideration of the action of Ege Journal of Medicine in reviewing and editing this submission (manuscript, tables and figures) all copyright ownership is hereby transferred, assigned or otherwise conveyed to Ege Journal of Medicine, in the event that such work is published by Ege Journal of Medicine.

We also warrant that Editor, Associate Editors and the Editorial Board members of Ege Journal of Medicine will not be held liable against all copyright claims of any third party or in lawsuits that may be filed in the future. We acknowledge that the article contains no libellous or unlawful statements, we did not use any unlawful method or material during the research, we obtained all legal permissions pertaining to the research, and we adhered to ethical principles during the research.

	Author Name, Surname	Signature	Date
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

