

Yaş almanın getirdiklerini geciktirmek için koruyucu yaklaşımlar

Dr. Ayşe Nur Balcı Yapalak



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 2014 yılında mezun oldu. Bezmialem Vakıf Üniversitesinde başladığı Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini 2020 yılında tamamladı. Devlet Hizmet Yükümlülüğü kapsamında Halk Sağlığı Uzmanı olarak atandığı Patnos İlçe Sağlık Müdürlüğündeki görevini 2022 yılında tamamladıktan sonra İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında Doktor Öğretim Üyesi olarak atandığı görevini hâlen sürdürmektedir. Aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesinde Epidemiyoloji doktora programı öğrencisidir.

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra doktora derecesini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Halk Sağlığı alanında aldı. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde görev yaptı. 2016 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında çalışmaktadır. 2022-2024 yılları arasında Kentucky Üniversitesinde doktora sonrası araştırmacı olarak bulundu. Kanıta dayalı tıp, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet epidemiyolojisi, aşı tereddüdü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çalışmaları yayınlanmıştır.

Demografinin Kaçınılmaz Değişimi

Sanitasyon, beslenme gibi yaşam koşullarının, eğitimin ve sağlığın iyileşmesi, kişi başı gelirin artması ile dünya genelinde yaşam süresi uzamıştır. Buna karşılık doğum hızları da ülkeden ülkeye değişen ancak dünya için kabul edilen doğurganlık yenilenme düzeyi olan 2,1'in altına düşmektedir. Dolayısıyla yaşlı bağımlılık oranı da artmaktadır (1).

Türkiye'de de dünyaya benzer şekilde doğuşta beklenen yaşam süresi uzamış ve 1990'da 67,8 yıl iken, 2025'te 77,8 yıla çıkmıştır. Toplam doğurganlık hızı ise 2016 yılından sonra hep 2,1'in altında kalmış, 2025 yılı için 1,6 olarak hesaplanmıştır. Henüz nüfusu azalmaya başlayan ülkeler arasına girmemiş olsak da önümüzdeki 30 yıl içinde nüfusunun ulaşabileceği en üst seviyeye ulaşması beklenen ülkeler arasında Türkiye de bulunmaktadır (2, 3). Bununla birlikte yaşlı nüfus oranımız da artmaktadır. Adrese dayalı kayıt sistemine geçilen 2007 senesinde nüfusumuzun yüzde 7,1'i 65 yaş ve üzeri iken, 2024'te bu oran yüzde 10,6'ya yükselmiştir (4).

Doğum Hızını Arttırma Çabaları

Türkiye'de hem doğum hızlarındaki düşüş hem de yaşlı oranındaki artış nedeniyle, 1965'te yayınlanan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile birlikte benimsenen antinatalist politikalar, onuncu kalkınma planı ve sonrasında yerini pronatalist politikalara bırakmış, içinde bulunduğumuz 2025 yılı ise 'Aile Yılı' ilan edilmiş ve özellikle toplam doğurganlık hızının artırılması için daha aktif girişimlerde bulunulacağını sinyalleri verilmiştir (5-9). Ancak bizimle benzer süreçlerden geçmiş, yani doğum hızları düşüp yaşlı nüfusu artmış diğer ülkelerde uygulanan politikalardan doğum hızını şu ana kadar sürekli arttırmayı başarabilen bir ülke olmamıştır. Fransa, İsveç gibi ülkeler 2000'lerin başında uygulamaya başladıkları politikalarla toplam doğum hızlarını 2 civarına yaklaştırmayı başarmış olsa da bu artış kalıcı olmamış ve 2010'lardan sonra tekrardan düşüşe geçmiştir. Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde ise son 10 yılda toplam doğurganlık hızında artışlar meydana gelmesini sağlayacak

politikalar uygulanmış ancak doğurganlık yenilenme düzeyine yaklaşamamışlardır. Ayrıca benzer politikaların farklı sosyal ve ekonomik yapıya sahip olan ülkelerde benzer sonuçlar vermediği de bir gerçektir (10, 11).

Doğurganlıktaki azalış trendinin henüz geri döndürülemediği nedeniyle, bilim insanları demografik fırsat penceresi olarak adlandırılan, yani genç nüfus oranının yaşlı nüfus oranının önüne geçmeden önceki dönemin, geleceğe yatırım olarak her alanda iyi değerlendirilmesini önermektedir. Bu dönemi geçirmiş veya sonlarına gelmiş ülkeler için ise kabaca iki seçenek vardır; yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek sistemler geliştirmek veya yaşlı nüfusun oluşabilecek ihtiyaçlarını geciktirmek/azaltmak.

Türkiye'nin demografik fırsat dönemi henüz bitmemiştir ancak oldukça az bir zamanının kaldığı tahmin edilmektedir. Bu yazının amacı yaşlanan nüfusumuzun sağlık açısından oluşacak ihtiyaçlarının daha geç dönemlerde başlaması, yaşlı



nüfusun kendini kalkındırma yeteneğini daha geç kaybetmesi veya bu ihtiyaçların ve yetenek kayıplarının daha az düzeyde ortaya çıkması için yapılabilecekleri halk sağlığı yönünden ele almaktır. Bu kapsamda hastalık hizmetlerine değinilmeyecektir.

Yaşlılık Kavramı

Uluslararası kuruluşlar kronolojik olarak yaşlılık için sınırı 65 yaş olarak belirtmektedir. Ancak yaşlılık dönemini tanımlarken 65 yaş üzerinin de homojen bir grup olmadığını, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçleri kapsayan ve bireyden bireye değişen bir durum olduğunu daima göz önünde bulundurmalıdır (12).

Yaşlılık şimdiye kadar birçok sektörde farklı bakış açısıyla tanımlanmış ve tanımlı özellikle kültüre göre çeşitlilik göstermiştir. Hatta aynı toplumun parçası olan kişiler tarafından da değişik şekillerde yorumlanabilmiştir. 2009'da Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada katılımcıların yüzde 79'u yaşlılık belirtisi olarak 85 yaşını geçmeyi, yüzde 76'sı bağımsız yaşayamamayı, yüzde 66'sı araba sürememeyi göstermiştir. Yaşlılığı tanımlamak için kronolojik yaş sınırı sorulduğunda ise 18-29 yaş arası katılımcıların cevap ortalamaları 60 yaş, 30-49 yaş katılımcıların 69 yaş, 50-64 yaş katılımcıların 72 yaş, 65 yaş ve üzeri katılımcıların ise 74 yaş olmuştur. Psikolojik olarak yaşlanmanın başlangıcını belirlemenin ise neredeyse imkânsız olduğu düşünülmektedir (13, 14).

Tarihsel antropoloji yaşamın dönemlerini tanımlarken kronolojik yaş ve ailesel durumları birlikte göz önünde bulundurmıştır. Mesela 30 yaşında evlenmemiş birini genç sayarken, yaşından bağımsız torunu olan birini yaşlı kategorisine koyabilmektedir. Ekonomistler ise farklı olarak yaşlılığı iş gücüne katılım sağlanamayan yıllar olarak tanımlamıştır (15).

Değişen Dünyada Yaşlının Yeri

Yaşlılar fizyolojik olarak bazı kayıplara uğrasalar da genelde saygı gösterilen, bilgisine ihtiyaç duyulan, deneyimlerine başvuru olan kişiler olarak görülmektedir. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, kentleşme, cinsiyet normlarının değişmesi, göçler gibi dünyanın değişen yüzü ise yaşlıların bu rollerini bir şekilde etkilemeye, fiziksel ve sosyal özgürlüklerini kısıtlamaya, aile içindeki gereksinimlerini azaltmaya başladı (16).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı bakımından çoğunlukla aile ya da sosyal çevre, özellikle de kadınlar sorumlu tutulmaktaydı. Ailede bakıma ihtiyaç duyanların bakımını üstlenen kadının sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte, bu da yaşamı boyunca geçirdiği sağlıksız yılların erkeklerden fazla olmasına, ileri yaşlarda sağlıksız olma olasılıklarının artmasına neden olmaktaydı. Ancak kırdan kente göçler ile kalabalık aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmış, özellikle kadınların eğitim seviyesinin ve çalışma hayatına katılımının artmasıyla düşen evlilik ve doğum hızları ailelerin

Doğurganlıktaki azalış trendinin henüz geri döndürülemeyişi nedeniyle, bilim insanları demografik fırsat penceresi olarak adlandırılan, yani genç nüfus oranının yaşlı nüfus oranının önüne geçmeden önceki dönemin, geleceğe yatırım olarak her alanda iyi değerlendirilmesini önermektedir. Bu dönemi geçirmiş veya sonlarına gelmiş ülkeler için ise kabaca iki seçenek vardır; yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek sistemler geliştirmek veya yaşlı nüfusun oluşabilecek ihtiyaçlarını geciktirmek/azaltmak.

küçülmesinde rol oynamıştır. Bunun bir sonucu olarak genç yetişkinler ailede ihtiyacı olanların bakımına daha az vakit ayırmaya başlamıştır. Ancak bu kez iki ebeveyni de çalışan çocukların bakıcılığı rolünü ailedeki yaşlı bireylerin üstlenmesi gibi bir durum söz konusu olmuştur. 2023 yılında 65 yaş üzeri kişilerin yaklaşık yüzde 7,5'inin haftada en az 5 gün torununun bakımı ile ilgilendiği tespit edilmiştir. Bu bakım yükünün yaşlı bireylerin sağlığını ve sosyalleşme kapasitesini kötü etkileyebileceği düşünülmektedir (16-19).

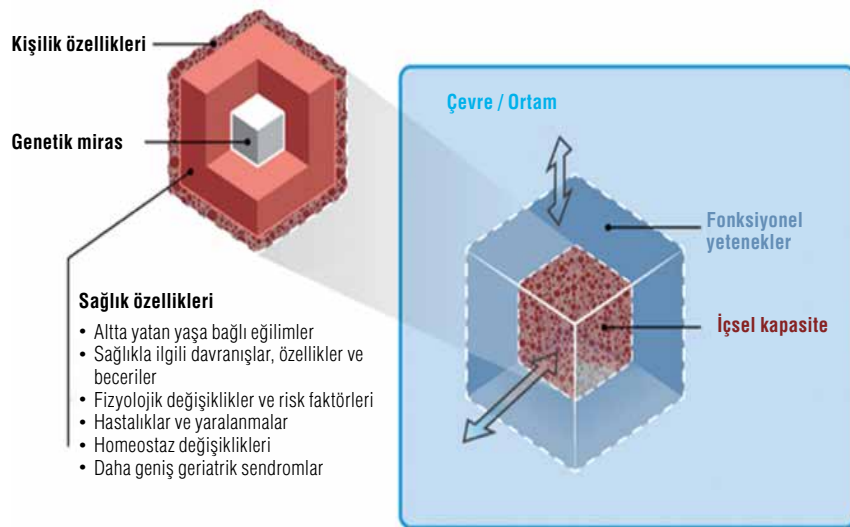
Ömrün uzamasıyla aynı zaman diliminde yaşayan jenerasyon sayısı artmış ancak aile bireyleri birbirlerinden ayrı yaşamaya başlamıştır. Türkiye’de 2004 yılı verilerine göre 65 yaş üzeri kişilerin yüzde 11,6’si tek başına, yüzde 32,3’ü eşleriyle yaşamaktaydı. 2023’te ise bu oranlar sırasıyla yüzde 20,4 ve yüzde 35,8’e çıkmıştır (20, 21). Tek başına yaşayan yaşlı sayısının artması yaşlıların izole bir hayatlarının olması ve istismar edilme ihtimallerini artırmaktadır. Ancak yaşlıların yalnız yaşamaya geçişlerinde Türkiye’de Batı toplumlarından daha farklı bir seyir mevcuttur. Çocukları ile yaşamayan yaşlıların yüzde 64’ünün haftada en az 1 kez çocukları tarafından ziyaret edildiği ve çocukların genelde ebeveynleriyle yakın muhitlerde yaşamayı tercih ettiği görülmüştür (22, 23). Bu durum yaşlının kendini yalnız hissetmesini bir nebze engellemekle birlikte, kentlerde yaşama oranlarının artmasını sağlayan etkenlerden biri olmuştur. 2022 yılında 65 yaş üzeri nüfusunun yüzde 69,9’unun kentlerde yaşadığı görülmüştür (24). Kent yaşamı ise özellikle ileri yaşlarda sosyal izolasyon ve azalmış duygusal yakınlıklar ile ilişkili bulunmuştur (25).

Yaşlanma Sürecine Yaklaşımlar

Aktif Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlanmanın olumlu bir deneyim olabilmesi için bireylerin sağlık, güvenlik ve topluma katılım fırsatlarının sürdürülmesi gerektiğini belirtmiş ve bu yaklaşımı “Aktif Yaşlanma” olarak tanımlamıştır (26). Aktif yaşlanma yalnızca fiziksel ve istihdam açısından değil; sosyal, kültürel, manevi ve vatandaşlık boyutlarında da bireylerin topluma katılımını ve katkılarını desteklemeyi hedefler. Bu kavram, ihtiyaçlara dayalı pasif yaklaşımlar yerine fırsat eşitliği ve hak temelli politikaları savunur. Aktif yaşlanmayı destekleyen müdahaleler, genellikle ileri yaş nüfusuna yönelik olup, yaşlanmaya bağlı yeti kayıplarına rağmen işlevselliğin korunmasını amaçlar. Bu yönüyle, aktif yaşlanma yaklaşımı ‘ikincil ve üçüncül koruma’ yöntemleriyle benzerlik göstermektedir.

Kişiyi otonomi ve bağımsızlık sağlamak en önemli hedeflerindendir. Otonomi kişinin kendi kararlarını dilediği şekilde verebilmesi, bağımsızlık ise kişinin günlük yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan işlevleri başkasına muhtaç olmadan yapabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (26). Bunlar için en önemli adımlardan biri toplumların yaşlılık dönemine olan olumsuz bakış açısını değiştirebilmektir.



Şekil 1. DSO sağlıklı yaşlanma modeli (16)

Aktif yaşlanma ile ilgili politikaların geliştirilmesini desteklemek ve teşvik etmek amacıyla BM tarafından 2012 yılında kanıta dayalı bir araç olarak Aktif Yaşlanma Endeksi (AAI) hazırlanmıştır. Endeks, yaşlı insanların kullanılmayan potansiyellerini değerlendirme hedefiyle yaşlıların istihdamını, topluma katılımlarını, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşamlarını, aktif yaşlanma için kapasite ve destekleyici çevrelerini değerlendirmektedir. İstihdam ve topluma katılım -ki çocuk, torun ve yaşlı bakımını da içerir- bu endeksten alınan puanın yüzde 70’ini oluşturmaktadır (27).

Aktif yaşlanma kavramı her ne kadar fiziksel aktif olma hâli ile sınırlandırılmamışsa da politika düzeyinde genelde bu çerçevede kalmıştır. Ayrıca sağlıklı bir yaş alma süreci olmadan, yaşlılık döneminin aktif geçirilmesinin gerçekçi olmadığı yönündeki eleştirilere de maruz kalmış, bu nedenle 2015 yılında yine DSÖ tarafından ‘sağlıklı yaşlanma’ kavramı geliştirilerek daha kapsayıcı bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır.

Sağlıklı Yaşlanma

Doğumda beklenen yaşam süresi artarken, sağlıklı geçirilen yıllar da uzamaktadır. Örneğin Türkiye’de 2000 yılında doğan bir kişinin sağlıklı geçirmesi beklenen süre 9,4 yıl iken, bu süre 2019 doğumlular için 10,2 yıla çıkmıştır (28). Ancak sağlıklı yaşlanma, hastalısız olmakla; sağlık hizmetleri de yalnızca hastane hizmetleriyle sınırlı değildir. DSÖ, sağlıklı yaşlanmayı “yaşlılıkta iyilik hâlini sağlayacak fonksiyonel yeteneklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi” olarak tanımlar. Yaş

ilerledikçe birden fazla hastalığın bir arada görülme olasılığı artsa da bu hastalıklar kontrol altına alınırsa fonksiyonel yetenekler korunabilir. Bu yetenekler yalnızca fiziksel değil; aynı zamanda entelektüel, sosyal ve duygusal alanlarla da ilişkilidir (16; 29). Sağlıklı yaşlanma, bireyin yaşam boyu biriktirdiği güç ve zayıflıkların toplamı olarak düşünülmeli; bu nedenle, sadece yaşlılara değil, her yaş grubuna yönelik stratejilerle desteklenmelidir. DSÖ’nün bu alandaki stratejileri, yaşlanma belirtilerini geciktirmeyi, morbiditeyi yaşamın son dönemine sıkıştırmayı ve kırılmalıya geçişi ertelemeyi hedefler. Bu yaklaşım, fiziksel ve zihinsel rezervleri korumaya odaklanan ‘birincil koruma’ stratejileriyle büyük benzerlik taşır (19).

DSÖ’nün şematize ettiği sağlıklı yaşlanma modeline göre (Şekil 1), bireyler arası farklılıklar bu süreci olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı yaşlanma genetik özelliklerle başlar; sosyal çevre, yaşam tarzı ve alışkanlıklarla şekillenir. Cinsiyet, etnik köken, eğitim, meslek ve gelir gibi ‘kişisel özellikler’ ise bireyin sosyal statüsünü belirleyerek kaynaklara erişim, fırsatlar ve risklerle karşılaşma düzeyini etkiler.

Yaşla birlikte moleküler ve hücresel düzeyde hasar birikir; bu da fizyolojik ve homeostatik değişikliklere yol açar. Ancak bu değişikliklerin düzeyi her bireyde aynı değildir. Pozitif veya negatif alışkanlıklar, çevresel koşullar ve sosyal bağlam, bireyin sağlık özelliklerini şekillendirir. Tüm bu etkenlerin birleşimiyle ortaya çıkan içsel kapasite, bireyin ulaşabileceği maksimum potansiyeli ifade eder.

Fonksiyonel yetenek ise bireyin değer verdiği faaliyetleri gerçekleştirme becerisidir; temel ihtiyaçları karşılamak, hareket etmek, karar vermek, öğrenmek, ilişkiler kurmak ve topluma katkı sağlamak bu kapsama girer. Çevresel koşullar bu yetenekleri destekleyebilir ya da kısıtlayabilir. Kişi ile çevresi arasındaki uyum ne kadar yüksekse, içsel kapasitesini ve fonksiyonel yeteneklerini geliştirme olasılığı da o kadar artar. Ayrıca, modelde yer almasa da dayanıklılık (resilience) da bu süreci etkileyen önemli bir unsurdur ve bireyin içsel kapasitesi, çevresi ve kişisel özelliklerinden beslenir (16).

Yaş Almaya Ömür Boyu Yaklaşım

İçsel kapasitesi yüksek ve stabil olan kişilere yönelik politikalar (Birincil Koruma): İleri yaşlarda sağlıklı olabilmek çocukluktan itibaren sahip olduğumuz alışkanlıklara, yaşam tarzına, çevresel ve fiziksel imkânlarla yakından ilişkilidir. İleri yaşlarda iyi bir sağlığa sahip olmak için bireysel olarak üzerimize düşen sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemektir. Devletin sorumluluğu ise bunu destekleyecek fiziksel, sosyal ve yapısal ortamlar oluşturmak için dayanıklılığı ve psikososyal gelişimi güçlendiren stratejileri incelemektir. Ayrıca bu stratejilerin birden fazla düzeyde ve sektörde yürütülmesi gerekmektedir (19; 30). Bunun için sağlık sektöründe atılması gereken öncelikli bazı adımlar vardır: 1) Sağlık hizmetlerini sadece hastane hizmetlerinden ibaret görmemek, 2) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini hastanelerin yükünü azaltmaktan ziyade toplumun sağlık okuryazarlığını desteklemek ve sağlığını geliştirmek gibi amaçlar için hizmete sunmak, 3) Toplumun sağlıklı olma durumunun ancak tüm sektörlerin katılımıyla sağlanabileceği göz önünde bulundurulduğunda, tüm sektörlerde verilen kararlarda sağlık bakış açısını önceleyebilmek için rehberlik etmek.

Sağlıklı yaşlanma için gerekli olan destekleyici çevre ise çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve şu bileşenleri kapsar (31, 32): 1) Bireylerin fiziksel olarak aktif kalabileceği yeşil alanlar, yaya ve bisiklet yolları, kamusal açık alanlar, güvenli konutlar ve sokak aydınlatmalarını içeren kent planlamaları, 2) Hem ev hem de okul, iş gibi ev dışındaki ortamlarda sağlıklı, taze ve ekonomik gıdaya erişim, 3) İş yeri ve okullarda ergonomik koşulların iyileştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, 4) Okullarda sağlık eğitim ve teşvik programları içeriklerini

zenginleştirmek, 5) Sağlık için risk faktörü olduğu kanıtlanmış ürünlere erişimi (tütün, alkol, şeker, tuz vb.) veya maruziyeti (kamusal alanlarda alkol, kapalı alanlarda tütün tüketimi veya sağlıksız besin reklamları gibi) vergi/ceza gibi uygulamalarla kısıtlamak, 6) Kütüphane, müze, kültür merkezi, park, hobi merkezleri, spor alanları, ibadethane, medrese gibi sosyal etkileşimi arttıracak sosyokültürel alanlar 7) Toplumun kendi sağlıklarını etkileyen karar süreçlerine katılımlarını sağlamak.

Bu tür destekleyici ortamların başarılı uygulamalarına farklı ülkelerde rastlamak mümkündür. Örneğin Finlandiya'da tüm okullarda zorunlu günlük fiziksel aktivite ve sağlık eğitimi müfredatın önemli bir parçasıdır. Dengeli beslenme imkânları ise devlet okulları tarafından karşılanmaktadır. Okullarda sağlık hemşiresi ve psikolojik danışman bulunması zorunlu personellerdir (33). Hollanda, bisikletle ulaşımı ulusal düzeyde yaygınlaştırmıştır (34).

Sağlık, yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir. Ulaşım, tarım, çevre, eğitim ve konut gibi tüm sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkileri dikkate alınmalıdır. Bu da karar alma süreçlerine sağlık perspektifinin dâhil edilmesiyle mümkündür. Tüm Politikalarda Sağlık (Health in All Policies) yaklaşımı, farklı sektörlerde sağlık etkilerini gözetmeyi ve sağlık uzmanlarının katkısıyla çok sektörlü koordinasyon sağlamayı hedefler. Aksi takdirde, tüm yükün sadece sağlık çalışanlarına bırakıldığı sistemler, yalnızca sağlıksız geçen yaşam yıllarını artırmakla yetinecek ve sürdürülebilir olmayacaktır.

İçsel kapasitesi azalmaya başlamış kişiler için stratejiler (İkincil Koruma):

Yaşlılık kimi bireylerde uzun yıllar boyunca yüksek işlevsellikle devam ederken, kiminde daha erken dönemlerde kapasite kayıpları görülebilir. Kapasitesi azalan yaşlılar, tam bağımlı bireyler olmadan önce desteklenebilecek en kritik gruptur. Bu nedenle bu dönemdeki stratejiler, sağlığı koruyucu ve kapasiteyi destekleyici bir bakış açısıyla ele alınmalıdır. Sağlık sistemlerinin bu noktada görevi yalnızca hastalıkları tedavi etmek değil, yaşlının günlük yaşamını sürdürebileceği kapasiteyi destekleyen hizmetleri görünür ve erişilebilir kılmaktır. Bu grup için sağlık hizmetlerinin, yalnızca hastalanıldığında başvuru bir yapıdan çıkıp, hem bireyler hem de sağlık çalışanları tarafından talep edilebilecek şekilde düzenli takip sistemleri içermesi gerekmektedir.

Bunlara yönelik Türkiye'de birinci basamakta 65 yaş üzeri riskli nüfusun izlemi için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kurulmuştur. Ancak sistem yükün sadece sağlık çalışanı üzerinden kurgulanıp vatandaşa sorumluluk yüklememesi, zaten fazla olan iş yükünü artıracak izlem ekranlarına sahip olduğu, izlemlerin daha çok tanı odaklı kalması ve kişiye özel müdahale veya uyarı mekanizmalarının bulunmaması gibi nedenlerle eleştirilmiştir izlemlerin tanı ile sınırlı olduğu, uyarı ya da kişiye özel müdahale gibi toplumun sağlığında etki oluşturabilecek adımları içermediği gibi gerekçelerle eleştiri konusu olmuştur (35-37). Tüm bu eksiklerine rağmen, yaşlı bireylerin düzenli takibini gündeme taşıyan bu girişim önemli bir başlangıç olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık sektörünün doğrudan müdahil olmadığı alanlarda da yaşlı bireylerin kapasitesini koruyacak ya da en azından daha hızlı kaybı önleyecek yapılanmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel çevre, yaşlının bağımsızlığını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Konut içi düzenlemeler, uygun bina girişleri ve asansörlü yapılar yaşlı bireyin hareket alanını artırırken bakım ihtiyacını azaltabilir. Kamusal alanlarda ise oturma/dinlenme imkânlarının sıklığı, yürüme yollarının güvenliği, parkların erişilebilirliği ve kamusal tuvaletlerin varlığı gibi basit ama kritik unsurlar, kapasitesi azalan bir yaşlının dış dünyayla bağını sürdürebilmesini sağlar. Bu unsurların eksikliği, bireyin evine kapanarak hem fiziksel inaktivitesinin derinleşmesine hem de sosyal ilişkilerden koparak zihinsel ve duygusal kapasitesinin daha hızlı gerilemesine yol açabilir.

Yaşlı bireylerin toplumsal yaşamdan uzaklaşması yalnızca fiziksel kısıtlılıkların değil, toplumun yaşlılığa dair algısının da bir sonucudur. Yaşlılık, çoğu zaman üretkenliğin sona erdiği ve bireyin edilgenleştiği bir dönem olarak görülür. Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin sosyal yaşamdan dışlanmasına, karar alma süreçlerine dâhil edilmemesine ve kamusal görünürlüklerinin azalmasına yol açar. Bu süreç, kişilerin yalnızca yaşları nedeniyle eşitsizliğe maruz kaldıkları yaş ayrımcılığı (ageism) olgusunun somut bir yansımasıdır (38). Oysa yaşlılık, deneyimin katkıya dönüştüğü aktif bir evre olarak değerlendirilmelidir. Bu bakış açısının yerleşebilmesi için sosyal içme (social inclusion) yaklaşımının benimsenmesi

gerekir (39). Yani yaşlı bireylerin sosyal yaşama katılımı bir ayrıcalık değil, temel bir hak olarak görülüp teşvik edilmelidir.

Yaş ayrımcılığının düşünce ve tanımlardaki değişimlerle kolayca önlenebileceği zannedilebilir. Ancak bir toplumun veya bireyin bakış açısını, alışkanlıklarını ve inançlarını değiştirmek kolay değildir. Bunun için farklı stratejiler önerilmektedir. Bunların başında yaş temelli ayrımcılığı yasaklayan yasa yapımı gelmektedir. DSÖ yaşından bağımsız olarak her bireyin sağlık, eğitim, istihdam ve sosyal yaşama erişiminin hak olduğunu özellikle vurgular. Bunun yanında, yaşlılık dönemine dair olumsuz algıları değiştirilmesi gerektiğinin üstünde durmaktadır. Medyada yaşlı bireylerin yalnızca muhtaç figürler olarak değil; aktif, üretken ve bilge karakterler olarak temsil edilmesini önerir. Ayrıca, kuşaklararası bağların güçlendirilmesi için okullarda, toplumsal aktivitelerde farklı kuşakların bir araya gelmesini sağlayan etkinlikler düzenlenmesini tavsiye edilmektedir (40).

Ülkemizde yaşlı bireylerin yalnızlaşmasının nedenlerinden bir diğeri de aslında bahsettiğimiz rol değişiklikleridir. Türkiye’de yaşlı bireyler tarihsel olarak aile içinde sözü dinlenen, deneyimleriyle yol gösteren ve kuşaklar arası bağları sağlayan kişiler olarak görülmüştür. Ancak kentleşme, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve yaşam koşullarındaki dönüşümlerle birlikte bu roller belirgin biçimde değişmiştir. Günümüzde pek çok yaşlı birey çocuklarına yakın yaşasa da onlarla aynı evde yaşamamakta, bu da fiziksel yakınlığa rağmen sosyal uzaklık ve yalnızlık duygusunun artmasına neden olmaktadır. Özellikle torun bakımı, yaşlı bireylerin aile içinde üstlendiği en yaygın rollerden biri hâline gelmiştir. Sağlığı elverdiği sürece torun bakımı, yaşlı bireyin yalnızlığını azaltmak, kendini işe yarar hissetmek ve aile bağlarını kuvvetlendirmek açısından olumlu etkiler yaratabilir. Ancak uluslararası kuruluşların da uyardığı gibi, bu durumun hem fiziksel sağlıklarını zorlayıcı, hem sosyal hayatlarını kısıtlayıcı, hem de stres ve tükenmişliklerini artırıcı etkisi olduğu da gösterilmiştir (41-43).

Yaşamın bu döneminde sosyal ilişkilerin canlı tutulması, psikolojik iyilik hâlini desteklediği gibi, bireyin işlevselliğini ve yaşamdan aldığı anlamı da güçlendirir. Bu ara dönemde atılacak küçük ama bütüncül adımlar, yaşlı bireyin yaşam

kalitesini artırmakla kalmaz, uzun vadeli bakım ihtiyacını da geciktirerek toplumsal sağlık yükünü azaltır.

İçsel kapasitesi belirgin biçimde azalmış kişiler için stratejiler (Üçüncül Koruma): İçsel kapasitelerinde önemli kayıplar olan kişiler için onurlu ve anlamlı bir yaşam sürebilmek genellikle başkalarının bakımı, desteği ve yardımıyla mümkündür. Yaş arttıkça kişilerin bakım ihtiyaçlarının da arttığı bilinmektedir ancak bu artışın hızı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca mevcut tahminlerin, bakım ihtiyacı olan kişi oranını olduğundan düşük gösterdiği düşünülmektedir. Bunun temel nedeni, bakım ihtiyacının yalnızca temel yaşam aktivitelerini gerçekleştirilemeyen düzeyine ulaşıldığında tanımlanması ve böylece daha hafif destek ihtiyaçlarının göz ardı edilmesidir. Oysa erken aşamada sağlanacak destek, daha ağır bakım ihtiyacı oluşmasını geciktirebilir.

Bu desteklerin tümü, uzun dönem bakım sistemi kavramı altında toplanır ve aile üyeleri, ücretsiz veya ücretli profesyonel olmayan bakıcılar, kurumsal bakım hizmetleri, toplum temelli bakım hizmetleri ve bakım verene destek hizmetleri gibi unsurları içerir. Hangi unsurların daha ağırlıklı olacağı, ülkenin kaynaklarına, kültürel yapısına ve ihtiyaçlara göre değişmektedir. Ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hizmetlerin sistemli ve kapsayıcı bir yapıya kavuştuğu söylenemez.

Uzun dönem bakım sistemleri genel olarak toplum temelli (kişinin evinde ya da mahallesinde) ve kurumsal (huzurevi gibi) olarak ayrılmaktadır. Toplum temelli bakımlar yaşlıların hayat kalitesini artırdığı, hastaneye yatışları geciktirdiği ve yaşlılar tarafından daha çok tercih edildiği için daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Ancak burada iki önemli sorun öne çıkmaktadır. Birincisi bakım verenlerin büyük çoğunluğunu ailenin kadın üyeleri oluşturmaktadır. Bu durum kadınların kariyer fırsatlarını kısıtlamakta ve ekonomik olarak dezavantajlı duruma düşmelerine neden olmaktadır. İkincisi ise gerek ücretli gerekse ücretsiz bakım verenlerin çoğu, konuya ilişkin yeterli eğitime sahip değildir (16). Bu nedenlerle, yerinde yaşlanmayı destekleyen toplum temelli bakım sistemlerinde; 1) Devletin bakım verenlere eğitim olanakları sunması, 2) Devletin aile üyeleri bakım verse dahi, ekonomik destek sağlaması,

3) Gelişen teknolojik imkânlar kullanılarak yaşlı bireylerin sağlık, güvenlik ve sosyal ihtiyaçlarının takibinin kolaylaştırılması, 4) Bakımın bir aile görevi olarak görülmesinin yanı sıra profesyonel bir destek ihtiyacı olduğu bilincinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Ülkemizde hâlihazırda belediyeler ve bakanlıklar tarafından verilen evde sağlık ve evde bakım hizmetleri bulunmaktadır. Ancak bu hizmetlerin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kapsamının bireysel ihtiyaçlara göre genişletilmesi gerekmektedir. Kültürel değerlerimizde yaşlıya bakmak ve duasını almak kutsal bir sorumluluk olarak görülmektedir. Bu değeri korumak önemli olmakla birlikte, gelecekte bu sorumluluğun gönüllülük esasına dayanarak ve destek mekanizmalarıyla güçlendirilerek sürdürülmesi, bakım iş gücünü koruma ve büyütme açısından kritik olacaktır.

“Yerinde yaşlanma” izole yaşayan, bakımı karşılanamayan, uygunsuz ev koşullarında ve güvensiz bir çevrede yaşayan yaşlılar göz önünde bulundurulduğunda tek başına çözüm olarak kabul edilememektedir. Huzurevleri, gündüz bakım merkezleri, gibi kurumlar bunun için alternatif oluşturmaktadır. Bu kurumsal bakım tesisleri geçmişte daha çok tıbbi model üzerine kurulmuşken, günümüzde ev ortamına daha yakın, sosyal içerikli yapılar hâline getirilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen çoğu yaşlı birey alıştığı çevreden ayrılmayı istemediği için huzurevlerini tercih etmemektedir. Bazı bireyler için bu ortamlar sosyalleşme fırsatı sunarken, diğerleri için kendi düzenlerini kuramadıkları, paylaşım zorunluluğuna dayalı, uyum gerektiren stresli ortamlar olabilmektedir. Bu kurumlardaki bakımın da kimisi profesyonel olmasından memnunken kimisi bu profesyonelliğin samimiyeti kaybettiğini savunmaktadır (44). Ayrıca mekân değişikliği, özellikle hafıza problemleri yaşayan bireyler için ek riskler doğurabilmektedir. Bu nedenle, kurumsal bakımların da bireyin kişisel tercihleri, sosyal ihtiyaçları ve güvenlik beklentileri dikkate alınarak planlanması gerekmektedir.

Kurumsal bakım hizmetlerinde dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de erişilebilirlik önemli bir sorundur. Türkiye’de huzurevlerinde kalan yaşlıların yaklaşık yarısı kamu kurumlarında ikamet etmekte; bu kurumlarda düşük ücretli, ihtiyacı olanlara ise indirimli veya ücretsiz hizmet

sunulmaktadır. Ayrıca ücretsiz kalanlara harçlık verilmekte olup özel kurumlar ise kapasitelerinin yüzde 5'i kadar yaşlıya ücretsiz hizmet sağlamakla yükümlüdür (45). Bu uygulamalar devletin konuya duyarsız olmadığını gösterse de, mevcut kapasite artan ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir. Kurumlara kabulde uzun bekleme süreleri ve belirsizlikler, özellikle düşük gelirli yaşlılar için ciddi eşitsizlikler doğurmaktadır. Ayrıca, uzun dönem bakım sistemlerinin sağlık ve sosyal hizmetlerle entegre şekilde çalışması gerekmektedir. Her ne kadar bu alanlar yapısal olarak ayrı olsa da; sevk zincirleri, veri sistemleri ve konsültasyon süreçlerinin koordineli ilerlemesi önemlidir. Gelecekte bakım veren ihtiyacının artacağı öngörüldüğünde, toplum temelli modellerin daha sürdürülebilir ve ekonomik olduğu açıktır. Ancak hangi model olursa olsun oturmuş sistemler olmadan verilen bakım hizmetleri -gerek aile gerekse devlet eliyle sunulsun- çoğu zaman yalnızca bireyi hayatta tutmayı hedeflemekte, onun onurunu, yaşam amacını ve işlevselliğini korumada yetersiz kalmaktadır.

Sonuç olarak, ileri yaşlarda sağlıklı olabilmek şansa bağlı değildir. Yaşlanmayı geciktirmek ve yaşlılıkta bağımsızlığı korumak yalnızca bireysel tercihlere değil, yaşam boyu sürdürülen destekleyici çevrelere ve doğru müdahalelere bağlıdır. Eğitim, gelir durumu, çevre düzenlemeleri, sosyal ilişkiler ve yaş dostu hizmetlerin varlığı bu süreci doğrudan etkileyen belirleyici unsurlardır. Ayrıca, yalnızca sağlık sistemlerinin değil, tüm toplumsal yapıların bu süreci destekleyecek şekilde dönüştürülmesi gerekir. Sağlıklı, işlevsel ve anlamlı bir yaşlılık süreci için erken dönemlerden itibaren atılacak adımlar, bireyler ve toplumlar için uzun vadeli kazanımlar sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Pol, L. G., & Thomas, R. K. (2013). *The demography of health and healthcare* (3rd ed.). Springer.
- 2) United Nations. (2024a). *World population prospects 2024: Summary of results*.
- 3) United Nations. (2024b). *World population prospects: The 2024 revision*. <https://population.un.org/wpp/>.
- 4) Türkiye İstatistik Kurumu. (2025b). *Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2024*.
- 5) Özdemir, A. (2017). Doğum kontrol teşviklerinden en az üç çocuğa: Tarihîsel süreçte Türkiye'de anti-natalist ve pronatalist politikaların seyri. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 65–75.
- 6) T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2025). *Aile Yılı*. <https://www.aileyili.gov.tr/>
- 7) T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*.

8) T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*.

9) T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)*.

10) Sobotka, T., Matysiak, A., & Brzozowska, Z. (2019). Policy responses to low fertility: How effective are they?

11) The World Bank. (2023). *Fertility rate, total (births per woman)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

12) Sinha, S. K., & Ellis, B. (2022). *Health of older people*. In R. Detels, Q. A. Karim, F. Baum, L. Li, & A. H. Leyland (Eds.), *Oxford Textbook of Global Public Health* (7th ed.). Oxford University Press.

13) Sucu, N. (2018). Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevi ile ilgili algıları, deneyimleri ve yaşam beklentileri: Niğde örneği. *Millî Kültür Araştırma Dergisi*, 2(2), 127–150.

14) Taylor, P., Morin, R., Parker, K., Cohn, D. V., & Wang, W. (2009). *Growing old in America: Expectations vs. reality*. In Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/3/2010/10/Getting-Old-in-America.pdf> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

15) Grigoryeva, I., Vidasova, L., Dmitrieva, A., & Sergeyeva, O. (2019). *Elderly population in modern Russia*. Springer International Publishing.

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

17) Türkiye İstatistik Kurumu. (2025a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2024*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2024-54079> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

18) United Nations. (2007). *World Economic and Social Survey 2007: Development in an ageing world*.

19) World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.

20) Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

21) United Nations. (2022). *Living Arrangements of Older Persons, 2022*. <https://popdiv.dfs.un.org/livingarrangements/index.html#!/countries/840> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

22) Şenol, D., & Erdem, S. (2017). Yaşlılık ve yaşlı kadınlarda huzurevi algısı: Nitel bir çalışma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 31–50.

23) Türkiye İstatistik Kurumu. (2023a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2022-49667> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

24) Türkiye İstatistik Kurumu. (2023b). *Kent-Kır Nüfus İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kent-Kir-Nufus-İstatistikleri-2022-49755> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

25) World Health Organization. (2021b). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*.

26) World Health Organization. (2002). *Active ageing : a policy framework*.

27) Beşe Canpolat, Ş., & Taştı, E. (2022). Türkiye'de aktif yaşlanma endeksinde 2008-2020 döneminde yaşanan değişim: Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(45), 443–499.

28) World Health Organization. (2020). *World Health Statistics: Life expectancy and healthy life expectancy data by country*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SDG2016LEX>.

29) Souare, G. E., & Lyold, L. S. (2008). *The History and Demography of Aging in the United States*. In S. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 11–22). Springer.

30) United Nations. (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing*.

31) United Nations. (n.d.). *Decade of healthy ageing*. <https://www.decadeofhealthyageing.org/> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

32) World Health Organization. (n.d.-b). *Health promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

33) Duran, M., & Taştekin, A. N. (2020). Finlandiya erken çocukluk eğitimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 600–624 (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

34) Aşırın, A. (2024). Hollandalılar erken yaştan itibaren her alanda bisiklet kullanıyor. *Anadolu Ajansı*. https://www.aa.com.tr/tr/yasam/hollandalilar-erken-yastan-ibaren-her-alanda-bisiklet-kullaniyor/3238411?utm_source=chatgpt.com (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

35) Akyıldız, H. Ç., & Okyay, P. (2024). Sağlıkta koruma kavramının gelişimi ve kapsamı. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.

36) Atak, M., Sezerol, M. A., & Altaş, Z. M. (2023). *Chronic disease management in primary care: A cross-sectional study in Türkiye*. *Phoenix Medical Journal*, 5(3), 211–216.

37) Ketenci, S., & Akpınar, N. G. (2022). Aile Hekimliği yaşlı hasta izlemi kapsamında polifarmasinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48(3), 279–285.

38) World Health Organization. (n.d.-a). *Ageism*. <https://www.who.int/health-topics/ageism> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

39) World Bank. (n.d.). *Social inclusion*. <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

40) World Health Organization. (2021a). *Global report on ageism*.

41) Gökçearslan Çifci, E., & Tören, Z. (2019). Torun bakımı veren büyük ebeveynleri yeniden düşünmek: Sosyal hizmet alanına bir katkı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 988–1004.

42) Taşkın, M., & Akçay, S. (2019). Torunlarına bakan büyükannelerin deneyimlerine ilişkin nitel bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(2), 583–606.

43) Uğur, S. B. (2018). Torun bakım faaliyetinin bakım sağlayıcı büyükannelerin sağlık durumları üzerindeki etkisi. *Mediterranean Journal of Humanities*, 8(1), 399–415.

44) Balcı Yopalak, A. N. (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık]. *Bezmialem Vakıf Üniversitesi*.

45) Karakuş, B. (2018). Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı*.